

Análisis de los Costes Económicos

derivados de la falta de Prevención
de Riesgos Psicosociales.

Valoración del cuidado
no profesional (informal).



Con la Financiación de: DI-0004/2015



FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES

Guía

Análisis de los Costes Económicos

derivados de la falta de Prevención de Riesgos Psicosociales.

Valoración del cuidado no profesional (informal).

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC

*“El contenido de dicha publicación
es responsabilidad exclusiva de la entidad ejecutante
y no refleja necesariamente la opinión de la
FUNDACIÓN de Prevención de Riesgos Laborales”.*

EDITA
Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

DISEÑA e IMPRIME
Blanca Impresores S.L. 95 319 11 02

Depósito Legal: M-41016-2016



Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC

Guía

Análisis de los Costes Económicos

derivados de la falta de Prevención de Riesgos Psicosociales.
Valoración del cuidado no profesional (informal).

Uso del masculino en referencia a personas de ambos sexos

La utilización en este escrito del masculino plural cuando nos refiramos a mujeres y hombres en el trabajo como colectivo no tiene intención discriminatoria alguna, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, para facilitar la lectura con el menor esfuerzo posible, dada la abundancia de datos, refiriéndonos explícitamente a trabajadoras y trabajadores, cuidadores y cuidadoras cuando la comparación entre sexos sea relevante en el contexto.

AUTORES

Juan Oliva Moreno.

Doctor en Economía. Profesor del Departamento de Análisis Económico y Finanzas.
Universidad de Castilla-La Mancha.

Montserrat García Gómez.

Doctora en Medicina y Cirugía.
Especialista en Medicina del Trabajo y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Luz María Peña Longobardo.

Doctora en Economía. Profesora del Departamento de Análisis Económico y Finanzas.
Universidad de Castilla-La Mancha.

La solidaridad es la ternura de los pueblos.
Gioconda Belli, 1978.

No fracasa en este mundo quien le haga a otro más llevadera su carga.
Charles Dickens, 1861.

¿Cómo aliviar el dolor de caminar?
Siento el grito de otros pasos, que son también los míos.
Santiago Cañas, 2016.



Índice

Índice de Tablas.....	9
Índice de Figuras.....	11
1. Introducción.....	13
1.1. El impacto del trabajo en la esfera mental	17
1.2. Los trastornos mentales en la carga global de enfermedad	20
1.3. La carga económica de los trastornos mentales.....	23
2. Antecedentes.....	27
3. Los cuidados no profesionales (informales) prestados a personas con limitaciones en su autonomía	35
3.1. Contexto.....	39
3.2. Discapacidad y dependencia	40
3.3. Los cuidados informales	42
3.4. Cuidado informal e impacto económico.....	44
4. Objetivos	47
4.1. Objetivo general	49
4.2. Objetivos específicos.....	49
5. Metodología de análisis.....	51
5.1. Fuentes de datos.....	53
5.2. Métodos de valoración de las horas de cuidado informal	56
5.3. Fracción atribuible al trabajo	62

6. Resultados	63
6.1. Características de las personas con enfermedad mental y limitaciones, así como sus cuidadores.....	65
6.2. Problemas de las personas cuidadoras.....	78
6.3. Valoración económica del tiempo de cuidado informal	96
6.4. Impacto económico de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo	103
 7. Discusión.....	 105
 8. Conclusiones del trabajo	 111
 9. Conclusiones de la serie.....	 115
 10. Bibliografía	 121

Índice de Tablas

Tabla 1	16
Costes socioeconómicos de la enfermedad mental en España.	
Tabla 2	22
Matriz de enfermedades, códigos CIE-9, fracciones de enfermedad atribuibles al trabajo (FA), estimadas en varios estudios y edades utilizadas para aplicar las fracciones.	
Tabla 3	57
Esquema general de métodos de valoración del tiempo de cuidado.	
Tabla 4	68
Características de personas con al menos una enfermedad mental y discapacidades de larga duración y sus cuidadores informales.	
Tabla 5	72
Características de personas con esquizofrenia y discapacidades de larga duración y sus cuidadores informales.	
Tabla 6	76
Características de personas con depresión y discapacidades de larga duración y sus cuidadores informales.	
Tabla 7	80
Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental	
Tabla 8	86
Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia	

Tabla 9	92
Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión	
Tabla 10	97
Valoración monetaria del tiempo de cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo.	
Tabla 11	99
Valoración media monetaria del cuidado informal de personas con esquizofrenia atribuible al trabajo	
Tabla 12	100
Valoración media monetaria del cuidado informal de personas con depresión atribuible al trabajo	
Tabla 13	102
Valoración media monetaria del cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo por categorías de dependencia.	
Tabla 14	104
Impacto económico de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales. España 2010.	

Índice de Figuras

Figura 1	82
Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental. Dimensión salud.	
Figura 2	83
Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental. Dimensión relaciones sociales y familiares.	
Figura 3	84
Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental. Dimensión problemas económicos y profesionales	
Figura 4	88
Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia. Dimensión salud.	
Figura 5	89
Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia. Dimensión relaciones sociales y familiares.	
Figura 6	90
Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia. Dimensión problemas económicos y profesionales	
Figura 7	93
Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión. Dimensión salud.	

Figura 8	94
Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión. Dimensión relaciones sociales y familiares.	
Figura 9	95
Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión. Dimensión problemas económicos y profesionales	

1

Introducción



2.68	4.50	5.12	2.02
2.94	0.00	0.00	0.00

20
25
30
35
40
45
50
55
60

90
85
80

— New South Wales

1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud cifra en un 9% la proporción de la población española que padece al menos un trastorno mental, y en algo más de un 15% el porcentaje que padecerá algún trastorno de ese tipo a lo largo de su vida. Asimismo, la previsión para el futuro próximo es de un incremento notable en esas cifras (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Haro et al., 2006). Por otra parte, los afectados por estas enfermedades incluyen, además de los propios pacientes, a un número más amplio de personas, puesto que las enfermedades mentales son una importante causa de necesidades de cuidados informales (prestados, en general, por familiares), después de los accidentes cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares.

La Estrategia de Salud Mental recoge una cifra algo superior a los 3.000 millones de euros como representativa del coste total de los trastornos de salud mental en España para el año 1998. De acuerdo con el Libro Blanco: estudio socioeconómico sobre el coste social de los trastornos de salud en España (Smithkline Beecham Pharmaceuticals, 1998), los costes directos representarían el 38,8% de los costes totales por trastorno, mientras que el 61% restante correspondería a los costes indirectos. Además, dentro de los costes indirectos, la invalidez representaría el 21,8%, la mortalidad prematura el 21,6%, la baja productividad el 9% y la incapacidad temporal el 8,7%. Según este trabajo, se estima que los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y aproximadamente del 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente.

Estas cifras fueron actualizadas por Oliva-Moreno et al. (2009) para España para el año 2002. Según muestra la tabla 1, los costes totales de las enfermedades mentales se cifrarían en algo más de 7.000 millones de euros, más del doble de la cantidad recogida para 1998 en el Libro Blanco. Más allá de las diferencias en términos absolutos, también se registran algunas discrepancias en las estimaciones en lo que se refiere a la importancia relativa de los distintos componentes del coste. Si bien el peso de los costes sanitarios directos es muy similar en ambos estudios, la composición de los costes indirectos difiere parcialmente¹. Así, la pérdida de productividad laboral representa un 42,7% del coste socioeconómico total derivado de la enfermedad mental, correspondiendo un 19,9% a las bajas laborales permanentes y un 15,6% a las bajas temporales, mientras el 7,1% restante estaría asociado a las muertes con carácter prematuro.

¹ Es importante tener en cuenta que en el trabajo de Oliva-Moreno et al. (2009), los costes relacionados con el cuidado informal de los enfermos (que representan casi un 18% de los costes totales) son considerados costes directos no sanitarios, diferenciándolos de las pérdidas de productividad laboral, mientras que en trabajos previos ambos componentes se engloban dentro de la partida llamada costes indirectos.

Tabla 1. Costes socioeconómicos de la enfermedad mental en España

	COSTES (millones €)	COSTE TOTAL (%)
Costes médicos directos	2.777 millones €	39,9
Hospitalizaciones (48%)	1.336	19,6
Gasto farmacéutico (39%)	1.085	15,5
Consultas médicas (13%)	354	5,1
Costes no médicos directos: cuidados informales	1.245 millones €	17,7
Pérdida de productividad laboral	2.997 millones €	42,7
Baja laboral permanente (46,7%)	1.399	19,9
Baja laboral temporal (36,6%)	1.096	15,6
Muerte prematura (16,7%)	501,5	7,1
Total	7.019 millones €	

Fuente: Oliva-Moreno et al. (2009).

En lo concerniente al ámbito europeo, y a pesar de las dificultades para valorar de manera precisa el coste económico asociado a la carga de enfermedad, se ha estimado que el coste anual total para el año 2004 en Europa es de 240 mil millones de euros. La mayoría de estos costes (el 55%) se relaciona con los costes indirectos, que ascendieron a 133 mil millones de euros (Andlin-Sobocki et al., 2005).

A nivel mundial, el informe realizado por el Foro Económico Mundial junto con la Facultad de Salud Pública de Harvard en 2011 (World Economic Forum, 2011), analizó el impacto económico de las enfermedades crónicas más frecuentes: el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y los trastornos mentales, y estimó su carga económica para los próximos 20 años. Consideradas globalmente, estas enfermedades crónicas supondrían un coste acumulado mundial de 47 billones de dólares durante el período comprendido entre el año 2011 y el 2030, siendo los trastornos mentales responsables de 6 billones de dólares en las próximas dos décadas, lo que equivale al 1,3% del PIB mundial.

1.1. El impacto del trabajo en la esfera mental

La rápida globalización y los avances tecnológicos han transformado la forma en que trabajamos en todo el mundo. El ritmo de la vida moderna ha aumentado considerablemente en comparación con el de hace 20 años. Con el ritmo de trabajo condicionado por las comunicaciones instantáneas y los altos niveles de competencia global, muchos trabajadores sienten que el trabajo y la vida están determinados por la urgencia y perciben que ya no son capaces de controlar las demandas que se colocan sobre sus hombros. La mayoría del tiempo, la gente está conectada a través de teléfonos, e-mail, internet y otras formas de comunicación electrónica. Con tantas maneras de comunicarnos, somos potencialmente accesibles las 24 horas del día. Mucha gente lee sus correos profesionales no solo en el trabajo, sino también en casa y durante las vacaciones. Mientras que en el pasado un trabajador era capaz de cerrar la puerta al salir de su trabajo y olvidarse de él, hoy en día otros muchos temen que la tarea seguirá adelante sin ellos y les dejará atrás si no mantienen el ritmo. Las líneas que separan el trabajo de la vida personal son cada vez más difíciles de identificar (Forastieri, 2012).

El entorno psicosocial en el entorno laboral abarca una gran variedad de temas. Incluye las relaciones sociales en el trabajo, las oportunidades para influir sobre la propia situación laboral, la monotonía o la diversidad de tareas y los distintos tipos de exigencias, por tanto, es evidente que la vida laboral contemporánea se caracteriza por muchos “nuevos” tipos de factores de riesgo psicosocial. La globalización y la competitividad han dado lugar a exigencias adicionales de reestructuración de la organización y a la puesta en práctica de la flexibilidad laboral. Estas circunstancias incluyen la disponibilidad permanente e inestable de las horas de trabajo, límites difusos entre el trabajo y la vida privada, la intensificación del trabajo, la excesiva responsabilidad, los contratos temporales y las relaciones laborales inciertas (Hellgren et al., 2013).

La persistente tendencia a la intensificación del trabajo y las iniciativas de cambio en las organizaciones se ha acentuado durante la actual recesión económica y ha caracterizado la mayoría de los países industrializados (Eurofound, 2012). En los últimos decenios, hemos sido testigos de un aumento de las reestructuraciones de la organización (por ejemplo, fusiones, adquisiciones y privatizaciones), como consecuencia de una intensificación de la competencia internacional en el sector privado y los recortes presupuestarios en el sector público. Esto ha dado lugar al cierre de muchos centros de trabajo, a traslados o a reducciones de plantilla. Esta tendencia también se ha combinado con otros cambios, como la externalización de ciertas actividades, el incremento de trabajadores con contratos temporales o un uso más frecuente de contratistas independientes con contratos a muy corto plazo. Este

desarrollo y la forma en que las organizaciones se esfuerzan por adaptarse a un entorno cada vez más competitivo caracterizan la tendencia actual a la flexibilidad en la organización.

Debido a todo lo anterior, en los últimos años ha habido una creciente atención a la incidencia de los factores psicosociales en el lugar de trabajo. En Europa, el estrés laboral se ha convertido en un problema generalizado debido a las nuevas formas de organización del trabajo, las relaciones de trabajo y los patrones de empleo. Un estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud Ocupacional (European Agency for Safety and Health at Work, 2009) encontró que, en promedio, el 22 por ciento de la población activa europea estaba bajo situaciones de estrés, con niveles notablemente más altos en los nuevos Estados miembros (30%) que en los más antiguos (20%). De igual modo, el estrés era más frecuente en los sectores de educación y salud, así como en el sector primario (28,5%).

Según la Encuesta de la UE sobre Condiciones de Trabajo, realizada *ad hoc* en 2007 en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo, el 27,9% de los trabajadores manifestaron sentirse expuestos a los riesgos psicosociales que afectan a la salud mental, lo que equivale a unos 55,6 millones de trabajadores en toda Europa (European Agency for Safety and Health at Work, 2010).

Asistimos por tanto a un agravamiento del problema del estrés laboral con la crisis y la recesión como factores de multiplicación de los riesgos psicosociales. La OIT alertó de la creciente preocupación que deriva de la fuerte influencia de la crisis financiera en el deterioro de la seguridad y salud de los trabajadores, no sólo de Europa sino de todo el mundo, con ocasión de la noticia relativa al procesamiento e imputación del ex Director General de France Telecom por su presunta participación en una ola de suicidios de personal. A juicio del responsable del servicio *Safework* de la OIT este caso no es, en el fondo, una cuestión puntual, o un problema particular, sino que tiene la virtud de poner de relieve un tema que rara vez se considera prioritario en las políticas laborales, de empresa y públicas, pero que tiene enormes implicaciones para la salud de los trabajadores: el estrés². De este modo la OIT se situaba a contracorriente de las actuales políticas dirigidas a los recortes y reducción de derechos sociales como camino para salir de la crisis, y planteaba una opción alternativa y opuesta. Propone invertir más en la salud laboral, “no sólo por el sufrimiento humano, sino también porque el estrés tiene un coste alto”. Precisamente, el caso France Telecom, lejos de suponer un muy lamentable episodio aislado representaría una confirmación –evidencia- empírica de los resultados evidenciados por un creciente número de estudios, que ponen de relieve el gran

2 Ver el artículo en la web de la OIT “Why stress at work matters?” En: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_184786/lang-en/index.htm

impacto negativo que las políticas inadecuadas de reestructuración empresarial tienen en la salud mental de los empleados. De ahí que se insista en el alto coste total de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por la incidencia del estrés. La OIT enfatiza, desde esta perspectiva, cómo desde hace años la Unión Europea se ve obligada a gastar en ellos entre un 2,6% y un 3,8% del producto interior bruto (PIB).

En 2005, la Comisión Europea publicó un libro verde sobre la salud mental en Europa. El documento menciona como factor muy importante el medio ambiente laboral para la prevención de las enfermedades mentales (European Commission, 2005). Tras la publicación del libro verde de la UE y la realización de una conferencia de alto nivel sobre salud mental y bienestar, se puso en marcha el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar, cuya aplicación requiere la adopción de medidas en cinco ámbitos prioritarios siendo uno de ellos el trabajo, y el resto la salud mental en los jóvenes y la educación, la prevención de la depresión y el suicidio, la salud mental en las personas de edad avanzada y la lucha contra la estigmatización y la exclusión social³.

Otras actividades han sido financiadas por la Comisión Europea con el fin de promover la importancia de la salud mental y los riesgos psicosociales en el trabajo. En Febrero de 2013 se puso en marcha una acción conjunta en materia de salud mental, financiada por el Programa de Salud Mental de la Unión Europea. La acción común se extendería durante tres años y tendría su foco en un área clave, precisamente la salud mental en el lugar de trabajo⁴.

A nivel nacional, se ha de destacar la creación en 2012, por mandato de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, un Grupo de Trabajo específico sobre Riesgos Psicosociales, donde participan tanto agentes sociales como administraciones públicas. Este grupo tiene como misión efectuar una serie de propuestas a la Comisión Nacional con objeto de mejorar el conocimiento, gestión, evaluación e intervención que se hace de este tipo de riesgos en España.

3 European Pact for Mental Health and Well-being (2008). Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

4 European Commission Website on Mental Health. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_en.htm

1.2. Los trastornos mentales en la carga global de enfermedad

El estrés puede provocar enfermedades y sufrimiento a las personas, tanto en su trabajo como en el hogar. Puede igualmente poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo y contribuir a otros problemas de salud laboral, como los trastornos osteomusculares y cardiovasculares. Además, afecta de forma importante a los resultados de las organizaciones. En algunos estudios realizados en Europa y en otros países desarrollados se ha observado que el estrés está asociado a entre un 50% y un 60% con el total de días perdidos de trabajo (European Agency for Safety and Health at Work, 2009). Tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, la ocupan los trastornos mentales.

En general, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento para las personas menores de 64 años es relativamente baja en la UE-27 en comparación con las otras causas de muerte. Sin embargo, los trastornos mentales están relacionados con tasas de aumento de la mortalidad por otras causas.

La enfermedad mental grave es tan debilitante como la enfermedad física y con los mismos efectos a largo plazo en la supervivencia de los trabajadores. Una de cada dos personas en los países industrializados desarrollará un trastorno mental en algún momento de su vida, y un trastorno psiquiátrico lo suficientemente grave como para impedirle trabajar. También aumentará en ella el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular, algunos cánceres o riesgo de cometer suicidio (Melchior et al., 2010). Aunque el suicidio o intento de suicidio no es una medida directa de las enfermedades mentales, podría ser visto como una posible consecuencia de problemas de salud mentales. Se estima que hasta un 90% de los casos de suicidio son precedidos por un historial de enfermedades mentales, sobre todo, por la depresión (Boedeker, 2007).

La Organización Mundial de la Salud estima que los trastornos depresivos representan por sí solos casi el 15% de los “años vividos con discapacidad” como resultado de enfermedades crónicas en Europa. La discapacidad funcional asociada con trastornos mentales es elevada y muchas veces supera la de los trastornos físicos crónicos, tales como enfermedades del corazón o la diabetes.

Los datos disponibles sobre las bajas por enfermedad debidas a los trastornos mentales y el uso de antidepresivos (indicadores que dan información acerca de la carga general de los trastornos mentales), parecen confirmar que su papel, como causantes de absentismo por enfermedad e incapacidad para el trabajo, es cada vez mayor.

Asimismo, en los desempleados, encontramos un riesgo 2,5 veces mayor de sufrir cualquier trastorno mental en comparación con los asalariados y un 80% más de riesgo de depresión. Este riesgo es particularmente elevado en relación con los trastornos afectivos y trastornos de alcoholismo (ESEMeD 2004).

En resumen, la combinación de alta prevalencia, inicio temprano y la cronicidad de los trastornos mentales, se traduce en una contribución importante a la carga total de enfermedad. La mayoría de los trastornos mentales relacionados con la discapacidad, incluida la mortalidad prematura, especialmente por suicidio, aumenta de manera significativa la carga global de la enfermedad.

Por lo que se refiere a la carga de enfermedad mental atribuible al trabajo, en la Tabla 2 se presenta el resumen de las estimaciones existentes para los trastornos mentales y del comportamiento, con la matriz de enfermedades, los códigos CIE-9 (3 dígitos), las fracciones de enfermedad atribuibles al trabajo (FA) y las edades utilizadas para aplicar las fracciones.

Toppinen, Castejón y el Gobierno de Queensland obtuvieron sus estimaciones para los trastornos mentales en global, sin diferenciar por categoría diagnóstica ni sexo. En el análisis finlandés se evaluaron tanto la demencia vascular y no especificada como los episodios depresivos. La primera, en relación con la exposición a biocidas y fertilizantes; y los segundos en relación con el estrés en el trabajo, altas exigencias, baja capacidad de decisión y escaso apoyo social en el trabajo. Los autores concluyeron que el porcentaje de demencia con atribución laboral era del 10% entre los hombres y de 1,8% en las mujeres. En relación con los episodios depresivos, la contribución de factores laborales se estimó del 14,6% en hombres y del 9,8% en mujeres. En conjunto, un 3,5% de los trastornos mentales y del comportamiento tienen una atribución laboral (Nurminen, 2001).

En nuestro estudio previo (García Gómez et al., 2011) estimamos que el 10,8% de todos los trastornos mentales y del comportamiento podrían atribuirse a factores laborales, 13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres. Obtuvimos fracciones atribuibles para las categorías de enfermedad mental con mayor evidencia científica sobre la influencia del trabajo (ansiedad, estrés, depresión, dependencia de sustancias, y otros trastornos mentales, principalmente demencias). Adicionalmente, se obtuvieron las fracciones atribuibles para estas enfermedades por rama de actividad económica.

Tabla 2. Matriz de enfermedades, códigos CIE-9, fracciones de enfermedad atribuibles al trabajo (FA), estimadas en varios estudios y edades utilizadas para aplicar las fracciones.

CIE-9	CATEGORIA DIAGNOSTICA	Toppinen et al. Finlandia, 1997		Nurminen y Karjalainen Finlandia, 2001				Castejón España, 2002		Queensland Australia, 2010		García Gómez et al. España, 2011		
		FA (%)	Edad	FA (%)		Edad		FA (%)	Edad	FA (%)	Edad	FA (%)		Edad
				T	H	M						H	M	
290-316	Trastornos mentales	5-10	≥25	3,5	7,3	1,8	≥25	27,3	16-65	4	≥25	13,14	8,29	16-69
290.4	Demencia vascular y no especificada	-	-	3,9	10	1,8	≥25	-	-	-	-	-	-	-
296.3	Episodios depresivos	-	-	11,3	14,6	9,8	≥25	-	-	-	-	-	-	-
300	Ansiedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,58	6,86	16-69
308-309	Estrés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,17	8,73	16-69
311	Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13,38	14,85	16-69
291, 292, 303, 304, 305	Adicciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,04	6,59	16-69
290, 293, 306, 307, 310, 312, 315, 316	Otros trastornos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,83	20,08	16-69

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios que se citan.

1.3. La carga económica de los trastornos mentales

A la vista de su alta prevalencia, no es sorprendente que los trastornos mentales sean uno de los principales causantes de las pérdidas de producción (y productividad) en el lugar de trabajo. Un número creciente de estudios muestran que la enfermedad mental es la segunda causa de absentismo laboral, bajas de corta duración, bajas de larga duración, jubilación anticipada o pensión de invalidez. Con respecto a la carga económica que relacionamos con el trabajo, cabe destacar los siguientes hallazgos:

Los trastornos mentales se asocian con una pérdida de días de trabajo de las personas que los sufren tres veces mayor que las personas sin ellos. Los niveles más altos de discapacidad se encuentran en las personas que hayan sufrido tres o más trastornos mentales diferentes en el mismo año (ESEMeD, 2004).

Los trastornos mentales constituyen el 30% del número total de jubilaciones anticipadas en Suecia y el 7% en Alemania (Boedeker, 2007).

Varios autores han subrayado que los trastornos mentales no sólo afectan a la producción, debido fundamentalmente a la pérdida de empleo, el absentismo y la jubilación anticipada. Podrían ser también responsables de los malos resultados en el lugar de trabajo o de las pérdidas de productividad. Uno de los hallazgos más sorprendentes de los estudios sobre el rendimiento laboral deficiente debido a los trastornos mentales, es que tenían un mayor impacto en la reducción del trabajo que en la pérdida del trabajo. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad están más consistentemente asociadas con el *presentismo* que con el absentismo laboral. Además, se estima que el coste de la reducción del rendimiento en el trabajo de las personas con enfermedades mentales no tratadas, como la depresión, puede ser cinco veces mayor que el del absentismo (Kessler y Frank, 1997; Dewa y Lin, 2000; Sanderson y Andrews, 2006).

Debido a la combinación de alto predominio o prevalencia, inicio temprano y posiblemente el curso a largo plazo de la enfermedad, la carga económica asociada a los trastornos mentales es inmensa. El coste anual total para el año 2004 en Europa se estimaba en 240 mil millones de euros. La mayoría de estos costes (el 55%) se relaciona con los costes indirectos, que ascendieron a 133 mil millones de euros (Andlin-Sobocki et al., 2005).

En Francia se estimó que el coste para la sociedad del estrés laboral se sitúa entre el 10% y el 20% de todos los gastos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del sistema de seguridad social (INRS, 2008).

En Holanda, para evaluar los aspectos económicos de unas inadecuadas condiciones de trabajo, se desarrolló un modelo de costes de las condiciones de trabajo. El modelo evalúa el impacto en la salud, accidentes laborales, rendimiento de las empresas y la inversión en mejoras (Koningsveld, 2003). El análisis de los datos de 2001 indicó que el coste estimado total de las inadecuadas condiciones de trabajo en los Países Bajos ese año fue de 6.000 millones de euros, equivalente al 2,96% del PIB. La mayoría (83%) de los costes para la sociedad lo fueron por absentismo laboral y discapacidad, causada principalmente por trastornos musculoesqueléticos (43%) y enfermedades mentales (40%). Otros diagnósticos asociados con altos costes fueron las enfermedades cardiovasculares (5%), problemas del sistema nervioso, incluyendo ojos y oídos (4%), y accidentes de trabajo (4%) (Koningsveld, 2003).

Como ya se comentaba en la introducción, en España, el coste total de las enfermedades mentales se estimó en 7.019 millones de euros en 2002, de los cuales, 39,6% eran costes médicos directos, lo que correspondería al menos un 7,3% del total del gasto sanitario público para ese año. En cuanto a los costes médicos directos, los gastos más llamativos fueron las hospitalizaciones (19,1% del coste total estimado) y los medicamentos (15,6%). En conjunto, los costes totales representaron cerca del 1% del PIB español en 2002 (Oliva et al., 2009).

En ese estudio, los trastornos mentales fueron los responsables de, aproximadamente, el 11% de la carga de la enfermedad en términos de consumo de recursos, discapacidades laborales e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se prevé que esta proporción aumente hasta casi un 15% en 2020, por lo que las intervenciones o tratamientos para los trastornos mentales serán cada vez más necesarios (Oliva et al., 2009).

Como conclusión de este apartado introductorio, señalar la abundante evidencia sobre el impacto de los trastornos mentales en la salud de las personas, el rendimiento de las empresas y los costes para la sociedad (procedente de estudios realizados en otros países). Se han escrito muchos artículos sobre ello, y existen trabajos, críticas y magníficos artículos de opinión de instituciones científicas y políticas. Por otro lado, aunque el trabajo se reconoce como un factor de riesgo para estas enfermedades, la información sobre su incidencia según profesiones y sectores económicos es poco común. Por ello, el trabajo como determinante de la salud mental de la población está poco integrado en las Estrategias definidas desde el Sistema Nacional de Salud.

Por todo ello, en el año 2010, nos propusimos estudiar las enfermedades mentales atribuibles al trabajo, así como el impacto económico, sanitario y no sanitario, asociado a las mismas con datos de nuestro país, utilizando información y bases de datos españolas, con la finalidad de facilitar información para la adopción de medidas encaminadas a su prevención.

2

Antecedentes



2. ANTECEDENTES

En el año 2010 comenzamos el estudio sobre **Carga Mental y Trabajo** con el objetivo general de estimar las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España, así como su impacto económico.

En la **primera fase** del proyecto recopilamos la evidencia científica disponible para la estimación de la morbilidad y mortalidad específicas por trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo en España, teniendo como objetivos específicos: (1) realizar una revisión exhaustiva de la literatura epidemiológica con criterios de calidad y de selección; (2) definir el alcance de los trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo; (3) elaborar el listado de diagnósticos médicos correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento para los cuales existe en la literatura científica información objetiva y documentada sobre la asociación con el trabajo; e (4) identificar las fuentes de información disponibles en España para obtener datos de calidad. Ello culminó con la preparación de un primer informe en 2010 titulado *Carga Mental y Trabajo* (García Gómez et al. 2010), que fue presentado a la sociedad en la I Jornada Confederal de Salud Laboral de UGT “Análisis e investigación sobre los riesgos psicosociales”, celebrada el día 20 de diciembre de 2010, en el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En el informe se estudiaron también los cambios estructurales (tecnologías de la información y la comunicación, crecimiento del sector servicios, integración y globalización, cambios en las formas de gestión, cambios en la fuerza de trabajo), y los cambios en los contenidos de trabajo (nuevas formas de trabajar, nuevas cualificaciones, pequeñas y medianas empresas, ritmo y carga de trabajo) del cambiante mundo del trabajo, así como algunas consecuencias de estos cambios en el futuro. Se analizó la desigual distribución de los factores de riesgo psicosociales, realizando comparaciones entre países europeos y entre Comunidades Autónomas. Las principales conclusiones que obtuvimos en aquel trabajo fueron las siguientes:

1. Los factores psicosociales se reconocen en general como cuestiones mundiales que afectan a todos los países, profesiones y trabajadores. La mayor flexibilidad y precariedad del trabajo, su intensificación, y las relaciones laborales, en las que entran en juego el acoso y la intimidación, son algunos de los factores que favorecen el incremento de los trastornos causados por el estrés relacionado con el trabajo. Si bien es necesario realizar más investigaciones para comprender plenamente sus consecuencias, también está aceptado que dichos factores pueden tener efectos considerables en la salud, el absentismo y el rendimiento de los trabajadores.

2. El estrés puede provocar enfermedades y sufrimiento a las personas, tanto en su trabajo como en el hogar. Puede igualmente poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo y contribuir a otros problemas de salud laboral, como los trastornos osteomusculares y cardiovasculares. Tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, la ocupan los trastornos mentales.
3. Por lo que se refiere al reconocimiento de los trastornos mentales como enfermedades profesionales, cabe señalar que no están incluidas en el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la Seguridad Social español. A nivel internacional, la OIT, por primera vez en 2010, introdujo los trastornos mentales y del comportamiento en la nueva lista de enfermedades profesionales aprobada en su reunión de 25 de marzo de 2010, que sustituye a la anterior de 2002.
4. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales incluye como daños derivados del trabajo a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, y entiende dentro del concepto “*condición de trabajo*” todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador. Esto incluye a los factores psicosociales.
5. Un estudio de la OIT sobre salud mental y trabajo mostraba que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización. El informe calcula que, en los países de la Unión Europea, el impacto económico de los problemas de salud mental se situaría en cifras equivalentes a entre un 3 y un 4% del PIB.
6. La actual crisis económica mundial comportará algunos de los retos más grandes que se hayan presentado nunca para la salud pública: desnutrición y consumo de alimentos menos nutritivos; incremento de la población sin hogar; el paro y lo que comporta: pobreza relativa, pérdida de autoestima, comportamientos poco saludables, aumento de suicidios; drogadicción, depresión y otros problemas de salud mental (más tasas de alcoholismo, suicidios...); mortalidad aumentada; salud infantil deteriorada; violencia (producto de la frustración, desesperación por estar en paro, subocupación...); problemas de salud ambiental y laboral; injusticia social y violación de derechos humanos; problemas de disponibilidad, accesibilidad de los servicios de atención médica, etc.

7. La enfermedad mental, a su vez, contribuye a estos resultados, por lo que constituye un círculo vicioso. Por lo tanto, una reducción del gasto social y en salud por parte del Estado puede aumentar la carga de la enfermedad mental no tratada y, finalmente, el coste puede ser mayor de lo que se ahorra.
8. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, los trabajadores parados, tanto hombres como mujeres, padecen más depresión, ansiedad, u otros trastornos mentales, que los trabajadores ocupados. Y también consumen más tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir.
9. Los trastornos mentales son los responsables de, aproximadamente, el 11% de la carga de la enfermedad en términos de consumo de recursos, discapacidades laborales e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se prevé que esta proporción aumente hasta casi un 15% en 2020, por lo que las intervenciones o tratamientos para los trastornos mentales serán cada vez más necesarios.
10. La reducción del estrés laboral y de los riesgos psicosociales no es sólo una obligación moral, sino también un imperativo legal. Justifican asimismo la reducción del estrés sólidos argumentos económicos.

Una vez recopilada la evidencia científica sobre el tema e identificadas las fuentes de información disponibles en España, en la **segunda fase** del proyecto, desarrollada durante 2011, estimamos la carga de enfermedad mental atribuible al trabajo y los costes sanitarios directos asociados a la misma en España en 2010, derivados de su atención en el Sistema Nacional de Salud. El informe final *Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010* (García Gómez et al. 2011) fue presentado a la sociedad en la II Jornada Confederal de Salud Laboral de UGT “Análisis e Investigación sobre los Riesgos Psicosociales”, celebrada el 1 de diciembre de 2011 en el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Sus principales conclusiones fueron:

1. Según nuestras estimaciones, el gasto sanitario directo de los trastornos mentales y del comportamiento atribuible al trabajo en España en 2010 oscila entre 150 y 372 millones de euros. Este gasto representa entre el 0,24% y el 0,58% del gasto sanitario español para ese año.
2. Este gasto sanitario es desigual para hombres y mujeres, siendo el coste en los hombres casi el doble que el de las mujeres.

3. Por categorías diagnósticas, destaca el coste que supone la atención sanitaria a los trastornos por uso de sustancias, más de 35 millones de euros (casi cuatro veces más en hombres que en mujeres).
4. En segundo lugar, la atención a los trastornos de ansiedad, casi 15 millones de euros, suponen el segundo monto de este gasto sanitario, mayor aquí en el caso de las mujeres. Le siguen la depresión y el estrés.
5. Las incapacidades laborales por trastornos mentales y del comportamiento son más frecuentes en las trabajadoras que en los trabajadores, en todas las variables estudiadas. Y también son más prevalentes en los trabajadores menos cualificados, peones y subalternos, sobre todo en las mujeres. En el extremo opuesto se hallan los ingenieros y licenciados.
6. Según los cálculos realizados a partir de los excesos de riesgo hallados, hemos estimado que la fracción atribuible a factores de riesgo laboral de los trastornos mentales y del comportamiento es del 10,8%, 13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres.
7. Es decir, entre el 11 y el 27% de los trastornos y enfermedades mentales pueden ser atribuidos a las condiciones de trabajo, lo que representa la proporción de enfermedad que podría ser prevenida o evitada si la exposición origen del daño no ocurriera.
8. Las desigualdades sociales se reflejan también en el consumo de medicamentos. A medida que descendemos en la escala social, el porcentaje de consumidores de medicamentos tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, se incrementa, así como el consumo de antidepresivos, sobre todo en las mujeres. En adecuada correlación, a medida que descendemos en la escala social la proporción de personas que padecen depresión, ansiedad u otros trastornos mentales presenta un gradiente ascendente.

En la **tercera fase** del estudio, desarrollada durante 2012, nos propusimos estimar una parte de los costes indirectos debidos a la pérdida de productividad que generaron estas enfermedades en España en 2010 (García Gómez et al. 2012). Calculamos las pérdidas de producción asociadas a muertes prematuras y a incapacidades temporales debidas a trastornos mentales y del comportamiento atribuible al trabajo y acaecidas en España durante el

año 2010. El informe final *Costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010* (García Gómez et al. 2012) fue presentado a la sociedad en el Seminario sobre Riesgos Psicosociales celebrado el 8 de noviembre de 2012 en la Escuela Julián Besteiro de Madrid. Los principales resultados que obtuvimos en este trabajo fueron los siguientes:

1. El número de fallecimientos totales en España acaecidos durante el año 2010 relacionado con los trastornos mentales y del comportamiento (incluyendo los suicidios y lesiones autoinfligidas) ascendió a 17.979, de los cuales un 41,86% correspondieron a hombres y un 58,14% a mujeres. La traducción de estas cifras a Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP) indica que se perdieron un total de 51.030 años, de los cuales un 78,41% correspondieron a hombres y el 21,59% restante a mujeres. Del total mencionado, 312 fallecimientos (84,6% correspondientes a hombres y 15,4% a mujeres) podrían ser atribuidos a las condiciones de trabajo en el año 2010, que se traducen en 5.972 Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP), de los cuales el 85,4% corresponde a los varones.
2. Cuando las pérdidas laborales ocasionadas por muertes prematuras se cuantifican en millones de euros, el coste para el conjunto de los trastornos analizados en España en el año 2010 oscilaría entre 513,02 y 632,3 millones de euros. De este total, el montante vinculado a la mortalidad prematura que podría ser atribuida al trabajo oscilaría entre 63,9 y 78,9 millones de euros. El 91% del coste económico derivado de la mortalidad prematura correspondería a los trabajadores varones.
3. En total, para 2010 se estima el número de días correspondientes a situaciones de incapacidad temporal (IT) en 245,6 millones, de los cuales se atribuiría a situaciones de IT asociadas a enfermedades mentales un total de 27,6 millones (el 11,24% del total). La traducción monetaria de estos días se traduce en unas pérdidas asociadas a enfermedades mentales de 1.645,55 millones de euros. De acuerdo con nuestros cálculos, el número de días de baja laboral temporal por enfermedades mentales atribuibles al medio laboral ascendería a 2,78 millones de días. La traducción monetaria de este número de días supone unas pérdidas estimadas en 170,96 millones de euros.
4. La distribución territorial de los días de baja por IT ocasionados por enfermedades mentales indica que es Cataluña, con el 17,69% del total, la que concentra la mayor proporción, seguida de Andalucía (15,29%), Madrid (13,22%) y Comunidad Valenciana (10,2%). Traducido a cifras monetarias, Cataluña

asumiría una pérdida estimada en los 394,7 millones de euros (el 24,0% de la cifra total), Madrid un total de 224,7 millones de euros (13,7%), Andalucía 213,0 millones (12,9%) y la Comunidad Valenciana 156,6 millones (9,5%).

5. Teniendo en cuenta tanto las pérdidas ocasionadas por la mortalidad prematura como las derivadas de las bajas laborales por IT, se puede concluir que las pérdidas laborales estimadas para el año 2010, derivadas de las enfermedades mentales de origen laboral, oscilaron entre los 235 y los 250 millones de euros.
6. Si a los costes indirectos aquí estimados se suman los costes sanitarios directos calculados en la investigación anterior, el coste total de las enfermedades mentales derivadas del trabajo ascendería a una cantidad situada entre los 385 y los 400 millones de euros. Esto implicaría que los costes indirectos representarían aproximadamente el 61% del coste total, lo que coincide con las estimaciones hechas por el Libro Blanco.
7. Las cifras anteriores han de ser consideradas en todo caso como un umbral mínimo, puesto que han sido calculadas considerando una fracción atribuible del 11% (8,3% en las mujeres y 13,14% en los hombres) obtenidas en la investigación previa en la que, por diversos motivos allí expuestos, considerábamos como estimación conservadora del verdadero impacto de las condiciones de empleo y de trabajo en la salud mental. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que en el presente estudio se ignoran algunas partidas (como el coste derivado de la incapacidad permanente, entre otras) que ayudarían a completar la cifra total correspondiente al coste global de las enfermedades analizadas.
8. A pesar de que los estudios de coste de la enfermedad presentan limitaciones, la información sobre el impacto económico que generan las enfermedades y problemas de salud puede ser una herramienta útil de cara a la planificación de las políticas públicas. La utilidad de un estudio como el que aquí se presenta consiste en revelar aquellos costes que no eran visibles o sobre los que se desconocía su cuantía en un principio. Esta información no sustituye, sino que complementa, a la información epidemiológica sobre problemas de salud de las poblaciones.

En la **cuarta fase** del estudio, desarrollada durante 2016, nos propusimos estimar el valor económico del tiempo de los cuidados no profesionales (informales) que generan estas enfermedades en España. A continuación se describirá el contexto y el significado del concepto de cuidado informal, se detallarán el objetivo general y los específicos del trabajo, se revisará las fuentes de los datos empleados en el análisis y la metodología del cálculo del valor del tiempo de cuidado, para pasar entonces a la exposición de los resultados, a la que seguirá un breve apartado de discusión y las conclusiones propias del trabajo y de la serie de estudios que han conformado esta serie.

3

Los cuidados no profesionales (informales) prestados a personas con limitaciones en su autonomía



3. LOS CUIDADOS NO PROFESIONALES (INFORMALES) PRESTADOS A PERSONAS CON LIMITACIONES EN SU AUTONOMÍA

3.1. Contexto

Un objetivo básico de todo sistema de protección social es dar respuesta adecuada en tiempo y forma a todas aquellas personas que presenten una necesidad de recibir cuidados personales. En este sentido, la ampliación de la cobertura de los seguros contra las contingencias de enfermedad y discapacidad, junto con otros factores como la mejora de la educación y de las condiciones de vida constituyen las principales razones por las que ha mejorado en los últimos decenios el estado de salud general de la población en los países de rentas altas. Aunque hay varias vías de influencia, directa e indirecta, se puede resaltar que el desarrollo de los sistemas de protección social reduce considerablemente el riesgo de pobreza, protegiendo a los individuos de las consecuencias financieras derivadas de un estado de salud deteriorado, accidente o vejez, al mismo tiempo que favorece un rápido avance de la medicina y de los tratamientos curativos, rehabilitadores o paliativos.

En un contexto histórico, España ha destinado un nivel modesto de recursos profesionales (por tanto, ligados a un presupuesto) a los cuidados de larga duración (CLD) en comparación con otros países europeos. Aunque es complejo caracterizar modelos rígidos de sistemas de CLD, dado que existen aspectos históricos, culturales y sociales muy diversos entre países cercanos geográficamente, y de gran relevancia para comprender el funcionamiento de la atención a la dependencia (García-Gómez P et al., 2011), y aunque estos sistemas se encuentran en constante evolución, podemos señalar rasgos comunes entre varios países europeos del arco mediterráneo. En Italia y España, por ejemplo, la atención a la dependencia se ha basado tradicionalmente en un modelo de corte asistencial, el cual establecía un elevado nivel de copago para el usuario o su familia y sustentado en un fuerte peso del cuidado no profesional (familiar). A las personas cuidadoras no profesionales se le ofrecería una remuneración muy reducida (o nula), así como una protección social muy débil. El esfuerzo por sostener este sistema nos remite a cifras de gasto en cuidados de larga duración por debajo del 1% del Producto Interior Bruto (PIB), siendo la competencia en esta materia de carácter marcadamente regional, lo que provocaba considerables desigualdades territoriales.

Así, la familia ha desempeñado un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia, mientras que la actuación del sector público era de carácter

subsidiario. Solo cuando la familia se desentendía, claudicaba o no existía, y siempre de acuerdo a la capacidad económica de la persona con limitaciones en su autonomía, se ha procedido a financiar públicamente la asistencia requerida. Sin embargo, las proyecciones demográficas, unido a los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas (reducción del tamaño familiar, incorporación femenina creciente al mercado laboral, roles masculinos sin cambios profundos en varones de cierta edad,...) amenazaban seriamente la sostenibilidad futura de este sistema en unas décadas (Oliva y Tur, 2009).

Es en este contexto cuando, a finales del año 2006, se aprueba en España la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), que supone la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) en enero del año 2007. La LAPAD y la constitución del SAAD suponen una de las iniciativas de política social más importantes de los últimos años al proponer el avance hacia un modelo universalista similar a los sistemas de atención a la dependencia del norte de Europa. No obstante, y pese a la mejora que representa en términos de reconocimiento de derechos sociales, poco tiempo después de su puesta en marcha la crisis económica, las políticas de control presupuestario y otros elementos que guardan relación con la definición, planificación y coordinación del propio sistema han frustrado una parte importante de las expectativas generadas (para más detalles véase Oliva, 2014; Peña-Longobardo et al., 2016). No es nuestro objetivo profundizar en las causas ni en las consecuencias del despliegue del SAAD en estos años pero sí poner de manifiesto que la red de protección familiar sigue siendo fundamental en España en el cuidado de personas con limitaciones en su autonomía en el momento de escribir estas líneas.

3.2. Discapacidad y dependencia

Discapacidad y dependencia no son conceptos sinónimos, aunque en ocasiones se empleen como tales. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008) distingue entre los conceptos de discapacidad (aplicado a personas de seis y más años) y limitaciones (centrada en personas menores de seis años). Centrándonos en el primero, se entiende por discapacidad “toda limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria que haya durado o se prevea que vaya a durar más de un año y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas o con la ayuda o supervisión de otra persona (exceptuando el caso de utilizar gafas o lentillas)”. Así pues, se considera que una discapacidad tiene su origen en una deficiencia, entendiendo como tal “los proble-

mas en las funciones corporales o en las estructuras del cuerpo”. LA EDAD-08 considera 35 tipos de deficiencias, clasificadas a su vez en 8 grupos: mentales, visuales, auditivas, lenguaje, habla y voz, osteoarticulares, sistema nervioso, viscerales y otras deficiencias. A partir de ellas se consideran 44 tipos de discapacidades clasificadas en 8 categorías: visión, audición, comunicación, aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, movilidad, autocuidado, vida doméstica e interacciones y relaciones personales. Por tanto, partiendo de la presencia de una o varias dependencias, las mismas podrían traducirse en discapacidades las cuales podrían originar la pérdida de autonomía personal (dependencia) y la necesidad de recibir cuidados personales.

La definición oficial del concepto de dependencia podemos buscarla en el Consejo de Europa, quien la define como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” y como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referidos al cuidado personal” (Comisión Europea, 1998; Díaz et al, 2009). Dentro del marco legal español, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define en su artículo 2 la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

En cualquier caso, dado que la discapacidad y la dependencia no son exclusivamente problemas de salud, sino que se ven influidas por el entorno personal y social de las personas que las padecen, resulta complejo definir exactamente su alcance y sus categorías de severidad. Los diferentes trabajos que se han realizado en España tratando de estimar su prevalencia difieren en las cifras estimadas. Según la revisión realizada por Palacios Ramos et al. (2008), entre 1987 y 2007 se realizaron 48 trabajos que incluían estimaciones del número de personas que padecían discapacidades en España. El año de referencia, la fuente consultada (principalmente las Encuestas Nacionales de Salud y la Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud del año 1999) y la propia definición de discapacidad (y su grado) hacían oscilar el número de personas estimadas entre el millón de personas (320.000 personas si lo restringimos a personas con certificado de minusvalía) y los dos millones doscientas cincuenta mil personas. Por su parte, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia (EDAD-2008) estima en torno a 3,8 millones de personas con discapacidad o limitación en España en el año 2008, lo que equivalía a

un 8,5% de la población total. De estas, 1,3 millones de personas recibían cuidados personales prestados por su pareja, familiares o amigos.

3.3. Los cuidados informales

Los cuidados prestados por la familia y el entorno afectivo de una persona cuya autonomía se encuentra limitada suelen denominarse *cuidados informales*. Debido a su naturaleza, su definición estricta y su acotación no son inequívocas, pudiendo diferir significativamente entre diferentes autores y estudios.

Generalmente, estos cuidados son un servicio de naturaleza heterogénea, que no tiene un mercado definido y que es prestado por uno o más miembros del entorno social del demandante de dichos cuidados, quienes generalmente no son profesionales y que habitualmente no reciben ningún tipo de remuneración por sus servicios. En principio, la percepción de una compensación económica no excluye directamente la posibilidad de considerar un cuidado como informal siempre que el cuidador no estuviera dispuesto a cuidar a otra persona (desconocida para él) por ese dinero. De hecho, una de las principales prestaciones provistas durante estos años a raíz de la promulgación de la LAPAD ha sido las prestaciones económicas asociadas al cuidado familiar (IMSERSO, varios años). En todo caso, la clave reside en que la vinculación familiar o social con la persona de autonomía limitada es el hecho determinante para que el cuidador informal acepte realizar esa tarea.

En este trabajo, definimos cuidado informal como aquella *atención prestada a una persona enferma o discapacitada para realizar una o varias de sus actividades cotidianas, por parte de personas que no son profesionales sociosanitarios ni empleados del hogar*. Cuando mencionamos la atención o el apoyo prestado por personas cuidadoras nos referimos a la ayuda cuya finalidad es poder desarrollar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y a la ayuda prestada para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre otras actividades se incluiría: comer, vestirse, bañarse/ ducharse, controlar los esfínteres, usar el baño a tiempo, trasladarse, etc. Las AIVD son aquellas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Incluirían actividades tales como: cocinar, cuidar la casa, realizar llamadas telefónicas, hacer la compra, utilizar medios de transporte, controlar la medicación, realizar gestiones económicas, etc.

Por tanto, el cuidado informal es proporcionado por personas no profesionales, normalmente por la pareja, los parientes cercanos, amigos o vecinos. Aunque puede haber beneficios específicos, programas de apoyo y de formación para las personas cuidadoras (más frecuentes en algunos países que en otros) (Courtin et al., 2014), el carácter no profesional de los cuidados y la relación emocional entre la persona que le atiende y la persona cuidada son las características más distintivas de los mismos. En muchos casos, las personas cuidadoras no han recibido una formación previa en esta materia, a pesar de la complejidad de las tareas relacionadas con los problemas específicos de salud y enfermedades existentes. En este sentido, y aunque ya se ha comentado en el párrafo anterior, merece la pena subrayar de nuevo la variedad y dificultad que comportan las diferentes tareas a realizar para que la persona dependiente pueda desempeñar, en la medida de lo posible, sus ABVD y sus AIVD. Un último aspecto diferencial a señalar es que los cuidadores informales generalmente no tienen una jornada semanal de cuidado con límites establecidos. Es decir, el tiempo que dedican a los cuidados puede exceder notablemente el tiempo de una jornada laboral semanal estándar. Por contraste, el cuidado formal se define como los servicios que son proporcionados por profesionales capacitados, cualificados y formados para ello. Estos servicios de atención son controlados e implican contratos que especifican las responsabilidades de las partes (quien contrata y quien presta el servicio) basados en la normativa general y convenios sectoriales. Los servicios de atención se especifican de acuerdo con las cualificaciones de los profesionales y los trabajadores tienen una jornada semanal y un calendario laboral conocidos de antemano (Triantafyllou et al, 2010).

Un aspecto que debe ser resaltado es que, con independencia de si las personas cuidadoras perciben o no una renta o una compensación económica por el desempeño que realizan, no podemos pensar que en caso de no recibirla la atención prestada sea “gratis”. Las personas que prestan cuidados se enfrentan a un reto complejo, para el cual, en su mayoría, no han recibido formación adecuada, y que en muchos casos deberán prolongar durante meses o años, dedicando de manera intensiva su tiempo. Ello puede suponer importantes alteraciones a la hora de disfrutar de su ocio, tiempo libre o vida familiar (reducir el tiempo de ocio, no poder salir de vacaciones, producirse conflictos de pareja, no poder frecuentar a las amistades,...), pueden traducirse en problemas de índole económica y laboral (no poder plantearse trabajar fuera de casa, tener que renunciar a un empleo, reducir la jornada laboral,...) y pueden generar directamente problemas de salud (deterioro de la salud, sensación de cansancio, sensación de depresión, tener que recibir tratamiento médico,...). Estas cargas que deben asumir las personas cuidadoras constituyen un elemento fundamental de alteración en el bienestar social, respecto a la situación que se daría en el caso ideal de que se hubieran podido evitar los casos de dependencia que se encuentran asociados a la prestación de sus servicios.

3.4. Cuidado informal e impacto económico

El valor del cuidado informal o, alternativamente, el coste social asociado al tiempo dedicado a la prestación de este servicio es un concepto que, generalmente, no es revelado. Al contrario de lo que sucede con el coste sanitario, no existe una partida presupuestaria ligada a los recursos empleados, de tal modo que en el campo de la sociología se les ha calificado de “costes invisibles” (Durán, 2002). Lógicamente, estos costes son difíciles de identificar, medir y valorar. Sin embargo, no es menos cierto que contemplar los efectos de enfermedades discapacitantes sin tenerlos en cuenta supone una grave infravaloración de su impacto económico y social.

Recientemente, la literatura internacional ha demostrado un interés creciente en reflejar el impacto que tienen las enfermedades sobre sociedades e individuos, más allá del gasto sanitario empleado en la prevención, el tratamiento y los cuidados sanitarios. Por una parte, el envejecimiento de la población en los países de rentas altas ha llevado consigo un aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas de carácter discapacitante, lo que ha inducido la proliferación de estudios empíricos que tratan de estimar su impacto económico. Por otra parte, sería inadecuado no reconocer que existe un conjunto de enfermedades cuyos efectos no están directamente asociados a la edad y que, sin embargo, generan severos problemas de autonomía a las personas que los padecen. Las enfermedades mentales se encuentran en este grupo.

Varios estudios han demostrado que los cuidados informales representan un peso significativo sobre el impacto económico ocasionado por las enfermedades crónicas, a la vez que deterioran, cuando su prestación se convierte en carga, la calidad de vida de las propias personas cuidadoras (Hoefman et al., 2014). Un reciente estudio de revisión sobre la presencia de cuidados informales en diferentes enfermedades (Oliva-Moreno et al., en prensa) nos indica que el peso de estos cuidados sobre el impacto económico es muy relevante. Así, en el caso de la demencia, el 50% del impacto económico se asociaba al cuidado informal; en el caso del ictus el 27,7%; en el caso de las enfermedades mentales el 24,3%; en el caso del cáncer el 22,9%; y en el caso de la artritis y osteoartritis el 9,3%. No obstante, hay que tener en cuenta que tanto la variabilidad metodológica entre estudios como las diferencias en grado de desarrollo de los sistemas de CLD entre países son muy elevadas, lo cual supone que estas cifras deban interpretarse con cautela y meramente como una primera aproximación orientativa.

En todo caso, para hacernos idea de la importancia que pueden tener los cuidados informales podemos remitirnos a los resultados de tres trabajos recientes, que han abordado de manera global, para un país, el impacto económico

que tendría sustituir los servicios prestados de manera informal por servicios profesionales. En el caso de Canadá, los autores estimaron que el valor del tiempo del cuidado informal equivalía a más de 17.000 millones de dólares canadiense (año de la estimación 2007), lo cual equivalía a un 1,1% de su PIB (Hollander et al., 2009). Por su parte, un estudio estadounidense aplica dos métodos de valoración (véase apartado de metodología), para estimar que en el año 2012 el valor del tiempo de cuidado informal se situaba en un rango de entre 221-642 miles de millones de dólares (método de reemplazo) y en cifras de 522 miles de millones de dólares (método de coste de oportunidad), lo cual nos remite a entre un 1,4% y un 4,0% del PIB de EEUU en el año de referencia (Chari et al., 2015). El tercer estudio, español, aplica tres métodos de valoración del tiempo de cuidado informal para estimar un valor total en el año 2008 que oscilaría entre los 18.900 millones de euros y los 53.300 millones de euros, lo cual equivaldría a entre un 1,7% y un 5,3% del PIB español (Oliva et al., 2015), cifra muy superior a todo el presupuesto existente en España destinado al SAAD.

4

Objetivos



4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

El objetivo general de este proyecto es estimar el valor económico del tiempo de los cuidados no profesionales (informales) ocasionados por las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España.

4.2. Objetivos específicos

- Estimar la magnitud del valor económico del tiempo de cuidado informal de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España, empleando el mismo año base que los trabajos anteriores (2010).
- Aportar información sobre las pérdidas de bienestar asociadas a los problemas ocasionados por la prestación del cuidado informal en las personas cuidadoras en una triple dimensión: salud, laboral y sociofamiliar.
- Obtener un cuadro completo del impacto económico asociado a las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España uniendo tres componentes principales: costes sanitarios, pérdidas laborales y cuidado informal

5

Metodología de análisis



5. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

5.1. Fuente de datos para el estudio⁵

La Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD-08) tiene como referencia la anterior Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDS-99), adaptada a las actuales condiciones sociales y demográficas y a la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La EDAD-h está formada por varios cuestionarios: un Cuestionario de Hogar (primera fase); y después (segunda fase) dos cuestionarios individuales (Cuestionario de Discapacidades para personas de 6 y más años y Cuestionario de Limitaciones para niños de 0 a 5 años) y un cuestionario dirigido a las personas cuidadoras principales. Éste último permite obtener información de las características demográficas y sociales de las personas cuidadoras; del grado de profesionalización, del tiempo dedicado y tipos de cuidados, sobre las dificultades para prestar los cuidados, sobre su estado de salud y sobre aspectos profesionales, familiares o de ocio de los que han tenido que prescindir por dedicarse a prestar cuidados.

El período de recogida de la información fue de noviembre de 2007 a febrero de 2008. Para cubrir los objetivos de la encuesta EDAD-h de facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional, CCAA y provincial, se ha determinado un tamaño muestral de 96.075 viviendas, frente a las 79.000 viviendas de la EDDS-99. El método de recogida de información ha sido el de entrevista personal que podía ser complementada, en casos excepcionales, mediante entrevista telefónica.

La EDAD-08 aporta como novedades respecto a la EDDS-99 la adaptación de muchas de las categorías a la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2001, y que sustituye la clasificación de 1980 en que se basaba la EDDS-99 (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM). La nueva clasificación incorpora cambios importantes respecto a la anterior, y estos cambios separan sustancialmente a la EDAD-08 de la EDDS-99.

⁵ La fuente para esta parte son las notas metodológicas del INE que acompañan a la EDAD-08.

En efecto, la CIF considera la discapacidad como un término que incorpora deficiencias, discapacidades (ahora consideradas limitaciones en la actividad) y minusvalías (ahora restricciones en la participación), y además añade al concepto de salud, factores ambientales en el que las personas viven y conducen sus vidas. En suma, la CIF es una clasificación de los componentes de la salud donde la CIDDM era una clasificación de las *consecuencias* de la enfermedad. Así, la CIF tiene dos componentes basados en dos conceptos centrales diferentes: 1) Las *deficiencias* son problemas en las funciones de los sistemas corporales (funciones fisiológicas) o en las estructuras del cuerpo (partes anatómicas del mismo); 2) y la *discapacidad* es el conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad (la realización de una tarea por parte de un individuo) y restricciones en la participación (el acto de involucrarse en una situación vital de tipo social).

En el módulo de hogares de la EDAD (EDAD-h en lo sucesivo) el concepto de *discapacidad* se identifica con limitaciones importantes para realizar las *actividades* de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de 1 año y tengan su origen en una *deficiencia*. La EDAD-h toma los siete primeros capítulos de actividades de los nueve de la lista de actividades/participación de la CIF. Se dejan fuera los capítulos de “Áreas principales de la vida” (educación, trabajo, empleo y actividades económicas) y “Vida comunitaria, social y cívica” (actividades de tiempo libre y ocio, religiosas, vida política y ciudadanía,...), si bien esos dos grupos tienen un tratamiento especial, con un grupo de preguntas específico en la encuesta para personas con discapacidades, siendo asimismo relevante que en la EDAD-h sólo se estudia las deficiencias que limitan la actividad de la persona. Nuestro análisis se centra en los cuidados personales prestados a personas con discapacidades de 6 y más años.

Siendo más concretos, en la EDAD-h se estudian: 1) *Discapacidades en personas de 6 y más años y limitaciones en menores de 0 a 5 años*; 2) *Características de las discapacidades y limitaciones*: severidad, ayudas técnicas y de asistencia personal, deficiencias, causas de las deficiencias, edad de inicio de la discapacidad o limitación y de la deficiencia (incluidas aquellas discapacidades que la ley tiene en cuenta para reconocer el derecho de asistencia); 3) *Relación de los discapacitados con el mercado laboral y la educación*; condiciones de la vivienda y accesibilidad; características de las personas cuidadoras; prestaciones sociales, sanitarias y económicas; redes y contactos sociales; discriminación; gasto privado de los hogares como consecuencia de la discapacidad y salud general; 4) *Otras variables de la persona discapacitada*, como edad, sexo, relaciones de parentesco (con la persona de referencia del hogar y con las personas que tienen alguna discapacidad), país de nacimiento, nacionalidad, estado civil y situación de convivencia, nivel de estudios terminados, certificado de minusvalía ($\geq 33\%$), relación con la actividad económica, situación profesional, ocupación, actividad de la empresa y provincia de residencia.

Ello se traduce en el análisis de discapacidades relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria *que se tienen en cuenta para reconocer el derecho de asistencia que prevé la ley*. La encuesta, aunque no proporciona el número de personas dependientes según el criterio de la ley, sí permite una estimación separada, estableciendo cuatro niveles de dependencia: (i) no elegible (cuando la persona sufre ciertas limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria pero no alcanza la puntuación mínima establecida para ser considerado como dependiente acorde con los baremos de la Ley); (ii) dependencia moderada (cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal); (iii) dependencia severa (cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día y también las necesidades de apoyo intermitente); y (iv) gran dependiente (cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y las necesidades esenciales y el apoyo de otra persona continua debido a una pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial). Esta clasificación se realiza de acuerdo a una escala oficial originalmente publicada en el RD 504/2007 y que posteriormente fue ligeramente revisada en el RD 174/2011. Dicha escala considera 47 tareas diferentes agrupadas en diez actividades concretas (comer y beber, el control de las necesidades físicas, higiene, otro tipo de atención física, vestirse y desvestirse, mantenimiento de la salud, movilidad, movilidad en el hogar, movilidad fuera del hogar, las tareas domésticas y toma de decisiones). El resultado final es la suma de los pesos de las tareas para las que el individuo tiene dificultad, multiplicado por el grado de supervisión requerida y el peso asignado a cada actividad. En función de la suma final del peso obtenido, el grado de dependencia se determina de la siguiente manera: si la puntuación final obtenida está entre 0 y 24 puntos, será considerado como no elegible; si la puntuación está entre 25 a 49 puntos, dependencia moderada; si están entre 50 a 74 puntos, dependencia severa; y si se encuentra entre 75 a 100 puntos, gran dependencia.

De manera adicional, dado que la EDAD aporta información sobre los pesos poblacionales de una muestra representativa de la población a nivel nacional y regional, las cifras obtenidas son extrapolables a la población con discapacidad total que vive en España. Para ello, una vez realizada la estimación a nivel muestral, se aplican los pesos poblacionales correspondientes a cada individuo, de tal modo que los resultados finales representan una estimación de las cifras de la población total en España.

No obstante, si bien la muestra que emplea la EDAD es representativa de la población, una vez se selecciona una enfermedad de interés y se centra el análisis en las personas que reciben cuidados personales, no se puede asegu-

rar la representatividad a nivel regional (dado el tamaño muestral). Por tanto, el análisis que se desarrolla estimará las cifras concernientes al valor del cuidado informal a nivel nacional.

Otra cuestión que debemos resaltar es que, como se ha mencionado anteriormente, la EDAD se realiza en el año 2008. Los resultados que vamos a estimar se harán con estos datos pero los valores económicos estimados, por coherencia con el resto de trabajos de la serie, se actualizarán para el año 2010. Dado que la variación en la composicional poblacional por edades es mínima entre los años 2008-2010, consideramos que es razonable mantener las cifras estimadas de población que presta y recibe cuidados informales, asumiendo que puede existir un margen de error para las mismas.

5.2. Métodos de valoración de las horas de cuidado informal

En la valoración de los cuidados informales se debe distinguir entre el valor del tiempo de los cuidadores informales y la valoración de otros elementos relacionados con el cuidado, como la adaptación de una vivienda o la adquisición de materiales sociosanitarios (sillas de ruedas, andadores, camas articuladas, teléfonos especiales,...), que son elementos corrientes en enfermedades discapacitantes y pueden tener un importante impacto en la economía familiar, dependiendo del tipo de enfermedad que consideremos. En nuestro estudio, nos centraremos exclusivamente en la estimación del valor del tiempo de cuidado informal.

Además de la identificación y estimación de la cantidad del tiempo dedicado a cada una de las tareas definidas, hay que plantear el *problema de la valoración de las horas de cuidado* calculadas. La valoración del tiempo se puede llevar a cabo empleando diferentes métodos (véase, por ejemplo, Posnett y Jan, 1996; van der Berg et al, 2004; de Meijer et al, 2010; Hoefman et al., 2013). La Tabla 3 recoge las posibilidades más empleadas en la literatura de este tema.

Tabla 3. Esquema general de métodos de valoración del tiempo de cuidado.

1. Preferencia revelada	1.a. Método del coste de oportunidad
	1.b. Método del coste de sustitución o reemplazamiento
2. Preferencia declarada	2.a. Método de la valoración contingente
	2.b. Método del análisis conjunto

Fuente: elaboración propia.

Las horas de cuidado informal no se ofrecen en el mercado, por lo que no tienen un precio de mercado. Por tanto, para valorar monetariamente el tiempo de cuidado hay que imputar un precio sombra al mismo. Existen dos familias de métodos que habitualmente se aplican a la estimación del valor de los cuidados informales. Por una parte, tendríamos los métodos de preferencia *revelada* (siendo sus representantes más conocidos el método del coste de oportunidad y el método de sustitución o reemplazo). En segundo lugar, contaríamos con los métodos de preferencia *declarada* (con la valoración contingente como máximo exponente y con el análisis conjunto como elemento también empleado en el ámbito investigador, principalmente). Los métodos más comúnmente empleados en la literatura especializada son los de preferencia revelada. Una reciente revisión de la literatura sobre la valoración monetaria del tiempo de cuidado informal muestra que el método del coste de oportunidad fue empleado en un 59% de los trabajos mientras que el método de sustitución o reemplazo se utilizó en un 27% de los estudios y en un 8% adicional se utilizaron varios métodos de valoración (Oliva-Moreno et al., en prensa).

El *método del coste de oportunidad* (1.a) imputa a las horas de cuidado el valor de la mejor alternativa a la que renuncia la persona cuidadora. Por tanto, se está realizando una valoración del tiempo como input que utilizamos en otras actividades a las que estamos renunciando. Es decir, básicamente tendríamos la siguiente situación:

$$C_i = n_i * w_i + h_i * s_i + l_i * t_i$$

Donde

n_i = horas de trabajo remunerado que no ha podido realizar el individuo i

w_i = salario de mercado del individuo i

h_i = horas de trabajo no remunerado que no ha podido realizar el individuo i

s_i = precio sombra del trabajo no remunerado del individuo i

l_i = horas de ocio que no ha podido disfrutar el individuo i

t_i = precio sombra del ocio del individuo i

En el caso concreto de nuestro estudio, también contemplamos la valoración de tres tipos de coste de oportunidad; (i) el asociado al tiempo de trabajo remunerado perdido como consecuencia de los cuidados prestados, el cual será valorado con el salario de mercado de cada individuo clasificado por sexo (15,56€/hora para los hombres y 13,24€/hora para las mujeres) (Encuesta condiciones de vida, 2009); (ii) el asociado al tiempo de trabajo no remunerado (doméstico), que será valorado con el salario mínimo interprofesional de una empleada del hogar en España, esto es, 4,96€/hora (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2010); y (iii) el asociado a la renuncia al tiempo de ocio como consecuencia de los cuidados prestados. Dada la dificultad y la falta de evidencia sobre cómo valorar el tiempo de ocio, en este caso, se utilizó el mismo precio sombra aplicado a las horas de trabajo no remunerado.

Por su parte, el *método del coste de sustitución* (1.b) toma también como referencia un valor sombra de mercado, pero en esta ocasión afrontamos la valoración del tiempo en su calidad de output. Es decir, valoramos los servicios prestados por el cuidador informal teniendo en cuenta que si éste no prestara sus servicios, habría que contratar a un cuidador profesional. Así, básicamente nos planteamos la cuestión de cuánto costaría asumir dicha sustitución.

En términos analíticos:

$$C_i = \sum_{j=1}^{j=n} p_{i,j} T_{i,j}$$

Donde C_i representa el coste del individuo i , T_j sería las horas de cuidado prestadas en cada una de las j -tareas y P_j el precio de cada una de las j -tareas. Es decir, detallaríamos cada una de las tareas a realizar por parte del cuidador informal, mediríamos las horas de cuidado y, finalmente, valoraríamos cada una de ellas al precio correspondiente de contratar a una persona para que realizara la misma tarea en el tiempo señalado. No obstante, dada la naturaleza de los datos disponibles, no fue posible desagregar el tiempo de cuidado dedicado a cada tarea, por lo que se valoraron las horas con el mismo precio sombra (precio medio del servicio de ayuda a domicilio en España para 2010, esto es, 13.66€ la hora) (IMERSO, Informe de las Personas Mayores).

Como puede observarse, el planteamiento de ambos métodos difiere en cuanto a la consideración del tiempo. El método del coste de oportunidad estima el valor de los *insumos* (horas de cuidado) empleados en el proceso de producción del servicio de cuidados a personas con limitaciones en su autonomía. El método del coste de sustitución o reemplazamiento valora el servicio al precio del *producto* final en el mercado. Lógicamente, uno y otro método conducen a resultados distintos, pero también presentan limitaciones metodológicas diferentes. La principal desventaja del método del *coste de oportunidad* reside en el potencial conflicto existente en valorar de forma distinta tareas de cuidado iguales, simplemente por las diferencias entre los salarios potenciales de dos personas cuidadoras diferentes (este hecho es conocido como *paradoja de Hawrylyshyn*; véase Hawrylyshyn, 1977). El método del *coste de sustitución o reemplazo* valora las horas de cuidado buscando un sustituto cercano en el mercado. En este caso, dado que el cuidado a personas con limitaciones en su autonomía es un producto heterogéneo, habría que buscar sustitutos próximos para cada tipo de tarea (por ejemplo, las tareas del hogar tendrían que valorarse al salario de una asistenta doméstica, mientras que las de contenido de cuidado especializado al salario de un cuidador profesional del ámbito de los servicios sociales). Uno de los problemas de aplicar este método es que se está suponiendo implícitamente que el servicio de mercado cuyo precio se toma es un sustituto casi perfecto de la tarea (o grupo de tareas) que forma parte del cuidado informal, y esto implica necesariamente que no hay diferencias en cuanto a eficiencia o calidad⁶.

Mucho menos empleados en la valoración de cuidados informales, la segunda gran familia de métodos serían las técnicas de *preferencia declarada*. En este caso, se trataría de estimar la disposición a pagar o la disposición a ser compensado/aceptar por un programa que suponga cambios en el número de horas de cuidados (o de su composición entre diferentes tareas), mediante la simulación de un mercado hipotético con técnicas de encuesta. Dentro

⁶ Adicionalmente, el problema de la producción conjunta no es relevante cuando se aplica el método del coste de oportunidad, toda vez que el tiempo se valora en su calidad de input, mientras que sí sería una cuestión importante a considerar en el caso del método del coste de sustitución.

de esta familia tendríamos dos tipos de técnicas, el método de valoración contingente y el análisis conjunto. El método de *valoración contingente* (2.a) es la técnica de preferencia declarada más utilizada. En este caso se trata de simular un mercado hipotético mediante encuestas a los cuidadores reales o potenciales. El objetivo del cuestionario es presentar un escenario creíble para las personas encuestadas, de tal manera que revelen su disposición a pagar (DAP) o su disposición a aceptar/a ser compensados (DAC) por la puesta en marcha (o por la retirada) de un programa que influya sobre el número de horas de cuidados prestados o bien sobre alguna de las tareas que componen dichos cuidados. La DAP y la DAC se estiman mediante la aplicación de los conceptos de *variación compensatoria* y la *variación equivalente*. Los lectores interesados en ampliar la información sobre estos conceptos en el marco de la salud pueden acudir a Smith y Wright (1994), O'Brien y Gafni (1996), Puig-Junoy y Dalmau (1988), Bayoumi (2005), o más recientemente, Oliva-Moreno et al (2015). Concretamente, en este análisis se emplea una DAC de 5,5€ la hora, valor estimado para un conjunto de cuidadores informales en España (Garrido-García et al., 2015).

Puesto que se está tratando de simular un mercado, existen cuestiones que podrían parecer menores pero que son de extraordinaria importancia a la hora de realizar un estudio de este tipo. Por supuesto, cómo se presente el programa objeto de valoración y las circunstancias hipotéticas que le envuelvan afectarán la valoración de las personas encuestadas. El método de pago (directamente del bolsillo, mediante impuestos, a través de una prima de seguros,...), el proceso de valoración del servicio (utilización de formatos de respuesta abierto, cerrado, mixto), el método de administración de la encuesta (personal, telefónica, postal), etc., son elementos que condicionan y pueden llevar a respuestas y valoraciones muy diferentes ante un mismo programa o servicio a considerar. Junto a ello, existen posibles sesgos en las respuestas (a veces estratégicos, en otras ocasiones no intencionados) que hace que debamos asumir con cautela el diseño de estos trabajos (Bayoumi, 2005).

Una segunda técnica de preferencia declarada sería el *análisis conjunto* (2.b). En este caso, se trata de estimar las preferencias de un individuo o de un grupo de ellos (y su disposición a pagar) a partir de la clasificación ordinal de diferentes alternativas mediante técnicas de encuesta. Para ello, se pediría a las personas encuestadas que clasificaran un conjunto de alternativas o de tareas según su orden de preferencia. Cada alternativa vendría definida por diferentes atributos y diferentes niveles para cada uno de los mismos. Los resultados de dichas ordenaciones son empleados para la estimación de un modelo estadístico (generalmente, un *modelo de elección discreta*), el cual se empleará para la estimación de la disposición a pagar (marginal o total) por un determinado servicio (tipo de cuidado) o alternativa (o por un incremento en la provisión del servicio). Estas técnicas son muy interesantes desde

el punto de vista de la investigación pero apenas han sido aplicadas al campo de la valoración de los cuidados informales (van den Berg et al., 2008), encontrándose más ejemplos de aplicaciones prácticos en el campo estrictamente sanitario (véase, por ejemplo, Sampietro et al 2006).

A lo largo del estudio diferenciaremos entre las personas con enfermedad mental y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de 1 año de edades menores de 65 años y las totales. Adicionalmente, únicamente consideramos a las personas que declararon haber trabajado alguna vez a lo largo de su vida, dado el tipo de análisis planteado. Si bien el desarrollo de una enfermedad mental atribuible al medio laboral puede prolongarse en edades posteriores al momento del retiro, el establecer el análisis sobre la población de edades inferiores a los 65 años nos marcaría un umbral mínimo o conservador a considerar. Asimismo, otro supuesto conservador que se establecerá es que la persona cuidadora necesita un mínimo de 8 horas diarias de descanso. Por tanto, estableceremos en el análisis principal una censura en 16 horas como tiempo máximo de cuidado diario. En este sentido, si bien es cierto que las necesidades de una persona con trastornos mentales puede ocasionar una supervisión o vigilancia continuada durante prácticamente las 24 horas de días, se considera que la persona cuidadora debe disponer de un tiempo mínimo de descanso y que en parte del tiempo de acompañamiento o supervisión, la persona cuidadora podría estar desempeñando otras tareas (producción conjunta). En todo caso, aunque establecer un límite pueda resultar sensato, el ubicarlo en un número concreto de horas diarias es complejo. El límite establecido (16 horas) ha sido empleado por los autores en otros trabajos y es un nivel habitual empleado en la valoración del tiempo de cuidado informal. (véase Oliva-Moreno et al., en prensa)

Por tanto, considerando ambos elementos (limitación de uno de los análisis principales a las personas cuidadas menores de 65 años y establecimiento de una censura en 16 horas de cuidados personales informales diarios como máximo), se puede indicar que nuestras estimaciones posiblemente serán conservadoras respecto al valor económico del tiempo de cuidado informal real.

5.3. Fracción atribuible al trabajo

Dado que la mayoría de las enfermedades no tienen una única causa, lo que se busca es determinar la proporción de casos o muertes de una enfermedad dada en una población que sea debida a factores profesionales. Esta proporción se denomina *fracción atribuible*. La fracción atribuible incluye casos que han sido causados o han sido agravados por factores profesionales. La fracción atribuible se considera también la proporción de enfermedad que podría ser prevenida o evitada si la exposición no ocurriera. A partir del análisis efectuado con los datos de incapacidad temporal por causa común, en el estudio previo Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010 (García Gómez et al., 2011), se calculó la proporción de casos de los trastornos mentales debida a factores de riesgo laboral, con base en los excesos de riesgo encontrados por actividad económica. Se obtuvieron fracciones atribuibles por categoría diagnóstica y rama de actividad económica, y se estimó que el 11% de todos los trastornos mentales y del comportamiento podrían atribuirse a factores laborales, 13,14% para los hombres y 8,3% en el caso de las mujeres. En el presente estudio, el siguiente paso para conocer el valor asociado al cuidado familiar de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento será aplicar estas fracciones atribuibles a los datos obtenidos con la metodología descrita anteriormente.

6

Resultados



6. RESULTADOS

6.1. Características básicas de las personas con enfermedad mental y limitaciones, así como de sus cuidadoras

De acuerdo con los resultados obtenidos de la EDAD-08, la cifra de personas con enfermedad mental y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año se estima en 675.800 personas. De estas, 266.337 personas (el 40,5%) recibían cuidados informales. De este grupo, 99.775 personas tenían una edad inferior a 65 años. Por tanto, congruentemente, también se estiman en 266.337 las personas cuidadoras principales de personas con enfermedad mental con limitaciones en su autonomía y en 99.775 las personas cuidadoras de aquellas del grupo anterior que prestan sus servicios a personas de edades inferiores a 65 años (Tabla 4).

La edad media de las personas con enfermedad mental y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria fue de 64 años. Un 34,4% eran varones y un 65,6% mujeres. Un 50,8% estaban casadas o viviendo en pareja, un 26,3% habían enviudado, un 15,1% eran solteras y un 7,8% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 8% no poseían estudios, un 63,8% habían completado la educación primaria, un 20,9% la educación secundaria y un 7,1% poseía estudios superiores (un 0,25% no contestó a esta pregunta). En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 23,9% señaló tener problemas de visión, un 22,6% problemas de audición, un 19,2% problemas de comunicación, un 18,7% problemas en el aprendizaje, un 74,6% problemas de movilidad, un 55,3% problemas para desempeñar su autocuidado, un 66,8% problemas para desarrollar vida doméstica y un 22,7% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 13,4% estaría en un grado de dependencia moderado, un 7,6% en un grado de dependencia severo y un 10,9% serían grandes dependientes.

Por lo que respecta a las personas, dentro del anterior grupo, que recibían cuidados informales, su edad media se situó en 67,6 años. Un 39,9% eran varones y un 60,1% mujeres. Un 53,4% estaban casadas o viviendo en pareja, un 30,8% habían enviudado, un 11,5% eran solteras y un 4,4% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 8,6% no poseían estudios, un 68,9% habían completado la educación primaria, un 16,6% la educación secundaria y un 5,7% poseía estudios superiores (un 0,19% no contestó a esta pregunta). En cuanto a los

problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 23,9% señaló problemas de visión, un 23,6% problemas de audición, un 31,8% problemas de comunicación, un 29,9% problemas en el aprendizaje, un 85,6% problemas de movilidad, un 83,6% problemas para desempeñar su autocuidado, un 86,5% problemas para desarrollar vida doméstica y un 32,9% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 24,2% estaría en un grado de dependencia moderado, un 14,8% en un grado de dependencia severo y un 25,7% serían grandes dependientes. Por lo que respecta a las personas cuidadoras, su edad media se situaba en los 60,4 años. Un 30,5% eran varones y un 69,5% mujeres. Un 70,1% estaban casadas o viviendo en pareja, un 5,4% habían enviudado, un 17,7% eran solteras y un 6,1% estaban separadas o divorciadas (un 0,7% no contestó a esta pregunta). Por niveles de estudio, un 2,9% no poseían estudios, un 54,1% habían completado la educación primaria, un 29,4% la educación secundaria y un 12,2% poseía estudios superiores (un 1,0% no contestó a esta pregunta). El número de horas media diaria de prestación de cuidado informal ascendía a 6,7 horas en el caso del cuidado de personas que se estima no habrían alcanzado el umbral mínimo para ser declarados oficialmente como dependientes (8,2 horas en caso de no aplicar censura al número máximo de horas diarias de cuidado), 8,9 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado moderado de dependencia (10,9 horas en caso de no aplicar censura), 11,4 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado severo de dependencia (14,7 horas en caso de no aplicar censura) y, finalmente, 11,4 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado de grandes dependientes (14,7 horas en caso de no aplicar censura).

Si nos centramos, de los anteriores grupos, en las personas que reciben cuidado informal y son menores de 65 años, su edad media se situó en 49,6 años. Un 47,5% eran varones y un 52,5% mujeres. Un 61,1% estaban casadas o viviendo en pareja, un 5,4% habían enviudado, un 24,4% eran solteras y un 9,2% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 2,9% no poseían estudios, un 55,6% habían completado la educación primaria, un 32,7% la educación secundaria y un 8,4% poseía estudios superiores (un 0,41% no contestó a esta pregunta). En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 14,4% señaló problemas de visión, un 12,5% problemas de audición, un 24,6% problemas de comunicación, un 25,7% problemas en el aprendizaje, un 77,3% problemas de movilidad, un 73,4% problemas para desempeñar su autocuidado, un 80,8% problemas para desarrollar vida doméstica y un 38,2% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 19,5% estaría en un grado de dependencia moderado, un 10,3% en un grado de dependencia severo y un 21,4% serían grandes dependientes. Por lo que respecta a las personas cuidadoras, su edad media era similar al de las personas cuidadas (49,7 años). Un 37,1% eran varones y un 62,9%

mujeres. Un 67,7% estaban casadas o viviendo en pareja, un 9,2% habían enviudado, un 18,5% eran solteras y un 4,6% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 3,1% no poseían estudios, un 51,8% habían completado la educación primaria, un 33,3% la educación secundaria y un 11,2% poseía estudios superiores (un 0,54% no contestó a esta pregunta). El número de horas media diaria de prestación de cuidado informal ascendía a 6,8 horas en el caso del cuidado de personas que se estima no habrían alcanzado el umbral mínimo para ser declarados oficialmente como dependientes (8,3 horas en caso de no aplicar censura al número máximo de horas diarias de cuidado), 9,1 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado moderado de dependencia (11,4 horas en caso de no aplicar censura), 11,6 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado severo de dependencia (15,6 horas en caso de no aplicar censura) y, finalmente, 10,4 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado de grandes dependientes (13,4 horas en caso de no aplicar censura).

Tabla 4. Características de personas con al menos una enfermedad mental y discapacidades de larga duración y sus cuidadores informales.

	Individuos con enf. mental (n=675.800)	Individuos con enf. Mental y reciben cuidados informales (n=266.337)	Individuos con enf. Mental menores 65 años y reciben cuidados informales (n=99.775)	Cuidadores informales (n=266.337)	Cuidadores informales de personas menores de 65 años (n=99.775)
		Media o porcentaje			
Edad	64,01	67,55	49,63	60,37	49,72
Sexo					
Hombres	34,37	39,90	47,54	30,53	37,12
Mujeres	65,63	60,10	52,46	69,47	62,88
Estado civil					
Soltero	15,13	11,53	24,35	17,71	18,47
Casado	50,83	53,35	61,05	70,07	67,69
Viudo	26,27	30,77	5,42	5,39	9,20
Separado/divorciado	7,76	4,35	9,18	6,12	4,64
NC	-	-	-	0,70	-
Nivel de estudios					
Sin estudios o estudios incompletos	7,96	8,58	2,86	2,93	3,08
Primarios	63,78	68,89	55,63	54,51	51,84
Secundarios	20,88	16,62	32,72	29,36	33,34
Superiores	7,13	5,72	8,38	12,21	11,20
NC	0,25	0,19	0,41	0,99	0,54
Problemas ABVD					
Visión	23,92	23,94	14,42	-	-

Audición	22,56	23,56	12,51	-	-
Comunicación	19,22	31,77	24,58	-	-
Aprendizaje	18,72	29,90	25,70	-	-
Movilidad	74,61	85,59	77,30	-	-
Autocuidado	55,33	83,55	73,39	-	-
Vida doméstica	66,81	86,54	80,78	-	-
Interacción	22,74	32,90	38,19	-	-
Grado de dependencia (estimada)					
No elegible	68,18	35,31	48,82	-	-
Moderado	13,36	24,24	19,47	-	-
Severo	7,58	14,78	10,34	-	-
Gran dependiente	10,88	25,67	21,38	-	-
Horas de cuidado diarias (media)					
No elegible (*)	-	-	-	6,67 (8,17)	6,77 (8,34)
Moderado (*)	-	-	-	8,85 (10,94)	9,11 (11,42)
Severo (*)	-	-	-	11,44 (14,66)	11,63 (15,57)
Gran dependiente (*)	-	-	-	11,41 (14,73)	10,35 (13,44)

(*) Número de horas de cuidado sin censura

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08.

De acuerdo con estos resultados y aplicando las fracciones atribuibles al trabajo obtenidas en el trabajo de García Gómez et al. (2011), la cifra de personas con enfermedad mental atribuible al medio laboral y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año se estima en 67.240 personas. De estas, 27.207 personas recibían cuidados informales. De este grupo, 10.558 personas tenían una edad inferior a 65 años. Por tanto, congruentemente, se estiman en 27.207 las personas cuidadoras principales de personas con enfermedad mental atribuible al medio laboral con limitaciones en su autonomía y en 10.558 las personas cuidadoras de aquellas del grupo anterior que prestan sus servicios a personas de edades inferiores a 65 años.

La EDAD-08 también permitió la estimación desagregada de personas que padecen esquizofrenia y depresión⁷. La cifra de personas con enfermedad esquizofrenia y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año se estima en 21.727 personas (tabla 5). De estas, 11.700 personas recibían cuidados informales. De este grupo, 8.026 personas tenían una edad inferior a 65 años. Por tanto, congruentemente, se estiman 11.700 las personas cuidadoras principales de personas con enfermedad mental con limitaciones en su autonomía y en 8.026 las personas cuidadoras de aquellas del grupo anterior que prestan sus servicios a personas de edades inferiores a 65 años. Su edad media fue de 53,4 años. Un 61,4% eran varones y un 38,6% mujeres. Un 24,1% estaban casadas o viviendo en pareja, un 9,5% habían enviudado, un 56,5% eran solteras y un 10,0% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 4,9% no poseían estudios, un 57,7% habían completado la educación primaria, un 36,3% la educación secundaria y un 1,1% poseía estudios superiores (un 0,25% no contestó a esta pregunta). En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 10,2% señaló problemas de visión, un 9,6% problemas de audición, un 43,4% problemas de comunicación, un 51,8% problemas en el aprendizaje, un 46,7% problemas de movilidad, un 58,0% problemas para desempeñar su autocuidado, un 61,9% problemas para desarrollar vida doméstica y un 62,8% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 11,3% estaría en un grado de dependencia moderado, un 7,6% en un grado de dependencia severo y un 16,2% serían grandes dependientes.

Por lo que respecta a las personas, dentro del anterior grupo, que recibían cuidados informales, su edad media se situó en 55,3 años. Un 63,6% eran varones y un 36,4% mujeres. Un 36,3% estaban casadas o viviendo en pareja, un 11,7% habían enviudado, un 47,0% eran solteras y un 5,1% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 5,7% no poseían estudios, un 58,1% habían completado la educación primaria y un 36,2% la educación secundaria⁸. En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 11,9% señaló problemas de visión, un 11,9% problemas de audición, un 52,4% problemas de comunicación, un 58,3% problemas en el aprendizaje, un 57,2% problemas de movilidad, un 88,4% problemas para desempeñar su autocuidado, un

⁷ En realidad nos referiremos a las personas que padecen únicamente esquizofrenia o únicamente depresión. Hay un grupo de personas que señalaron padecer más de una enfermedad mental. Dado su reducido número, los autores hemos decidido no analizarlos por separado ni repartir parte de la valoración del tiempo del cuidado informal entre las diferentes enfermedades señaladas sino incorporar esta información dentro del total de personas con enfermedad mental.

⁸ No se identificaron en la muestra de la EDAD individuos con estudios superiores para el subgrupo analizado. En este caso debemos recordar que estamos realizando estimaciones con muestras elevadas o extrapoladas a una población, lo cual implica trabajar con márgenes de error.

84,1% problemas para desarrollar vida doméstica y un 69,5% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 20,2% estaría en un grado de dependencia moderado, un 13,5% en un grado de dependencia severo y un 30,1% serían grandes dependientes. Por lo que respecta a las personas cuidadoras, su edad media se situaba en los 58,4 años. Un 22,9% eran varones y un 77,1% mujeres. Un 64,6% estaban casadas o viviendo en pareja, un 21,2% habían enviudado, un 9,4% eran solteras y un 4,9% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 7,8% no poseían estudios, un 56,2% habían completado la educación primaria, un 28,4% la educación secundaria y un 7,7% poseía estudios superiores. El número de horas media diaria de prestación de cuidado informal ascendía a 6,7 horas en el caso del cuidado de personas con un grado de dependencia estimado como moderado o que no habrían alcanzado el umbral mínimo para ser declarados oficialmente como dependientes (8,0 horas en caso de no aplicar censura al número máximo de horas diarias de cuidado) y a 10,50 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado severo o gran dependencia (13,84 horas en caso de no aplicar censura).

Si nos centramos, de los anteriores grupos, en las personas que reciben cuidado informal y son menores de 65 años, su edad media se situó en 44,8 años. Un 62,9% eran varones y un 37,1% mujeres. Un 25,9% estaban casadas o viviendo en pareja, un 1,3% habían enviudado, un 66,3% eran solteras y un 6,5% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 1,8% no poseían estudios, un 51,7% habían completado la educación primaria y un 46,5% poseían educación secundaria. En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 9,4% señaló problemas de visión, un 9,5% problemas de audición, un 41,4% problemas de comunicación, un 51,6% problemas en el aprendizaje, un 48,4% problemas de movilidad, un 85,4% problemas para desempeñar su autocuidado, un 79,6% problemas para desarrollar vida doméstica y un 68,8% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 13,1% estaría en un grado de dependencia moderado, un 37,8% en un grado de dependencia severa-gran dependencia. Por lo que respecta a las personas cuidadoras, su edad media era de 58,3 años. Un 30,4% eran varones y un 69,6% mujeres. Un 61,2% estaban casadas o viviendo en pareja, un 30,3% habían enviudado, un 4,1% eran solteras y un 4,3% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 5,8% no poseían estudios, un 57,7% habían completado la educación primaria, un 31,7% la educación secundaria y un 4,8% poseía estudios superiores. El número de horas media diaria de prestación de cuidado informal ascendía a 6,7 horas en el caso del cuidado de personas con un grado de dependencia estimado como moderado o que no habrían alcanzado el umbral mínimo para ser declarados oficialmente como dependientes (8,1 horas en caso de no aplicar censura al número máximo de horas diarias de cuidado) y a 11,26 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado severo o gran dependencia (15,13 horas en caso de no aplicar censura).

Tabla 5. Características de personas con esquizofrenia y discapacidades de larga duración y sus cuidadores informales.

	Individuos con esquizofrenia (n=21.727)	Individuos con Esquizofrenia y reciben cuidados informales (n=11.700)	Individuos con Esquizofrenia menores 65 y reciben cuidados informales (n=8.026)	Cuidadores informales (n=11.700)	Cuidadores informales de personas menores de 65 (n=8.026)
	Media o porcentaje				
Edad	53,36	55,26	44,76	58,41	58,31
Sexo					
Hombres	61,41	63,63	62,94	22,89	30,43
Mujeres	38,59	36,37	37,06	77,11	69,57
Estado civil					
Casado	24,05	36,30	25,91	64,61	61,21
Soltero	56,53	46,98	66,27	9,36	4,12
Viudo	9,47	11,65	1,33	21,15	30,33
Separado/divorciado	9,95	5,07	6,49	4,89	4,34
NC	-	-	-	-	-
Nivel de estudios					
Sin estudios o estudios incompletos	4,91	5,74	1,83	7,77	5,82
Primarios	57,70	58,08	51,67	56,15	57,73
Secundarios	36,29	36,18	46,50	28,40	31,71
Superiores	1,10	0	0	7,68	4,75
NC					
Problemas ABVD					
Visión	10,19	11,93	9,43	-	-

Audición	9,56	11,89	9,51	-	-
Comunicación	43,35	52,44	41,31	-	-
Aprendizaje	51,84	58,25	51,61	-	-
Movilidad	46,72	57,24	48,37	-	-
Autocuidado	58,02	88,44	85,37	-	-
Vida doméstica	61,91	84,11	79,60	-	-
Interacción	62,83	69,51	68,82	-	-
Grado de dependencia (estimada)					
No elegible	64,96	36,19	49,13	-	-
Moderado	11,28	20,23	13,05	-	-
Severo	7,56	13,48	4,13	-	-
Gran dependiente	16,20	30,10	33,69	-	-
Horas de cuidado diarias (media)					
No elegible/moderado (*)	-	-	-	6,74 (8,06)	6,60 (8,10)
Severo/gran dependiente (*)	-	-	-	10,50 (13,84)	11,26 (15,13)

(*) Número de horas de cuidado sin censura.

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08.

Así, la cifra de personas con esquizofrenia cuyo desencadenamiento está asociado al medio laboral y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año se estima en 2.444 personas. De estas, 1.328 personas recibían cuidados informales. De este grupo, 909 personas tenían una edad inferior a 65 años. Así, también se estiman en 1.328 las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia cuyo desencadenamiento está asociado al medio laboral con limitaciones en su autonomía y en 909 las personas cuidadoras de aquellas del grupo anterior que prestan sus servicios a personas de edades inferiores a 65 años.

Con respecto a las personas con depresión y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año se estima en 597.491 personas. De estas, 230.805 personas recibían cuidados informales (tabla 6). De este grupo, 77.785 personas tenían una edad inferior

a 65 años. Por tanto, también se estiman 230.805 las personas cuidadoras principales de personas con depresión con limitaciones en su autonomía y en 77.785 las personas cuidadoras de aquellas del grupo anterior que prestan sus servicios a personas de edades inferiores a 65 años. Por su parte, la edad media fue de 66 años. Un 31,0% eran varones y un 69,0% mujeres. Un 53,9% estaban casadas o viviendo en pareja, un 28,2% habían enviudado, un 10,6% eran solteras y un 7,4% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 8,4% no poseían estudios, un 65,5% habían completado la educación primaria, un 21,0% la educación secundaria y un 4,9% poseía estudios superiores (un 0,22% no contestó a esta pregunta). En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 25,3% señaló problemas de visión, un 24,2% problemas de audición, un 16,8% problemas de comunicación, un 15,2% problemas en el aprendizaje, un 77,4% problemas de movilidad, un 55,9% problemas para desempeñar su autocuidado, un 68,0% problemas para desarrollar vida doméstica y un 17,4% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 13,6% estaría en un grado de dependencia moderado, un 7,9% en un grado de dependencia severo y un 9,6% serían grandes dependientes.

Por lo que respecta a las personas, dentro del anterior grupo, que recibían cuidados informales, su edad media se situó en 69,5 años. Un 37,4% eran varones y un 62,6% mujeres. Un 56,3% estaban casadas o viviendo en pareja, un 32,7% habían enviudado, un 7,6% eran solteras y un 3,8% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 8,9% no poseían estudios, un 71,4% habían completado la educación primaria, un 16,1% la educación secundaria y un 3,4% poseía estudios superiores (un 0,21% no contestó a esta pregunta). En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 25,7% señaló problemas de visión, un 25,3% problemas de audición, un 28,5% problemas de comunicación, un 25,6% problemas en el aprendizaje, un 88,7% problemas de movilidad, un 83,6% problemas para desempeñar su autocuidado, un 87,5% problemas para desarrollar vida doméstica y un 26,9% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 24,9% estaría en un grado de dependencia moderado, un 15,8% en un grado de dependencia severo y un 22,7% serían grandes dependientes. Por lo que respecta a las personas cuidadoras, su edad media se situaba en los 61,2 años. Un 31,3% eran varones y un 68,7% mujeres. Un 71,3% estaban casadas o viviendo en pareja, un 6,4% habían enviudado, un 17,7% eran solteras y un 6,4% estaban separadas o divorciadas (un 0,8% no contestó a esta pregunta). Por niveles de educación, un 3,0% no poseían estudios, un 55,4% habían completado la educación primaria, un 32,2% la educación secundaria y un 8,6% poseía estudios superiores (un 0,8% no contestó a esta pregunta). El número de horas media diaria de prestación de cuidado informal ascendía a 6,5 horas en el caso del cuidado de personas que se estima no habrían alcanzado el umbral mínimo para ser declarados oficialmente como dependientes (7,8 horas en caso de no aplicar censura al número máximo de horas diarias de

cuidado), 8,8 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado moderado de dependencia (10,9 horas en caso de no aplicar censura), 11,5 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado severo de dependencia (14,7 horas en caso de no aplicar censura) y, finalmente, 11,6 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado de grandes dependientes (15,0 horas en caso de no aplicar censura).

Si nos centramos, de los anteriores grupos, en las personas que reciben cuidado informal y son menores de 65 años, su edad media se situó en 51,8 años. Un 43,1% eran varones y un 56,9% mujeres. Un 69,8% estaban casadas o viviendo en pareja, un 6,5% habían enviudado, un 14,2% eran solteras y un 9,5% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de estudio, un 3,1% no poseían estudios, un 59,2% habían completado la educación primaria, un 33,4% la educación secundaria y un 3,8% poseía estudios superiores (un 0,53% no contestó a esta pregunta). En cuanto a los problemas que les limitaban en sus actividades de la vida diaria, un 16,5% señaló problemas de visión, un 13,8% problemas de audición, un 18,9% problemas de comunicación, un 18,0% problemas en el aprendizaje, un 84,8% problemas de movilidad, un 72,8% problemas para desempeñar su autocuidado, un 83,0% problemas para desarrollar vida doméstica y un 27,5% problemas para efectuar interacciones. Finalmente, por grado de dependencia, se estima que un 20,1% estaría en un grado de dependencia moderado, un 12,0% en un grado de dependencia severo y un 15,5% serían grandes dependientes. Por lo que respecta a las personas cuidadoras, su edad media similar al de las personas cuidadas (48,1 años). Un 39,2% eran varones y un 61,8% mujeres. Un 69,2% estaban casadas o viviendo en pareja, un 5,6% habían enviudado, un 20,1% eran solteras y un 5,1% estaban separadas o divorciadas. Por niveles de educación, un 3,3% no poseían estudios, un 52,1% habían completado la educación primaria, un 37,8% la educación secundaria y un 6,8% poseía estudios superiores. El número de horas media diaria de prestación de cuidado informal ascendía a 6,4 horas en el caso del cuidado de personas que se estima no habrían alcanzado el umbral mínimo para ser declarados oficialmente como dependientes (7,8 horas en caso de no aplicar censura al número máximo de horas diarias de cuidado), 9,3 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado moderado de dependencia (11,7 horas en caso de no aplicar censura), 11,5 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado severo de dependencia (15,4 horas en caso de no aplicar censura) y, finalmente, 9,7 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado de grandes dependientes (12,3 horas en caso de no aplicar censura).

Tabla 6. Características de personas con depresión y discapacidades de larga duración y sus cuidadores informales.

	Individuos con depresión (n=597.491)	Individuos con depresión y reciben cuidados informales (n=230.805)	Individuos con depresión menores 65 y reciben cuidados informales (n=77.785)	Cuidadores informales (n=230.805)	Cuidadores informales de personas menores de 65 (n=77.785)
	Media o porcentaje				
Edad	65,68	69,51	51,83	61,19	48,07
Sexo					
Hombres	31,04	37,40	43,05	31,30	39,21
Mujeres	68,96	62,60	56,95	68,70	60,79
Estado civil					
Casado	53,87	56,34	69,80	71,29	69,21
Soltero	10,56	7,16	14,15	17,67	20,14
Viudo	28,17	32,66	6,52	6,43	5,60
Separado/divorciado	7,40	3,84	9,53	0,81	5,05
NC	-	-	-	-	-
Nivel de estudios					
Sin estudios o estudios incompletos	8,43	8,86	3,10	2,98	3,31
Primarios	65,51	71,40	59,20	55,41	52,05
Secundarios	20,99	16,12	33,42	32,19	37,81
Superiores	4,85	3,40	3,75	8,63	6,83
NC	0,22	0,21	0,53	0,79	-
Problemas ABVD					
Visión	25,29	25,70	16,48	-	-
Audición	24,19	25,26	13,76	-	-

Comunicación	16,81	28,51	18,93	-	-
Aprendizaje	15,24	25,57	18,03	-	-
Movilidad	77,43	88,72	84,75	-	-
Autocuidado	55,85	83,55	72,83	-	-
Vida doméstica	68,00	87,46	83,04	-	-
Interacción	17,35	26,91	27,54	-	-
Grado de dependencia (estimada)					
No elegible	68,90	36,60	52,40	-	-
Moderado	13,60	24,89	20,10	-	-
Severo	7,89	15,81	11,98	-	-
Gran dependiente	9,61	22,70	15,52	-	-
Horas de cuidado diarias (media)					
No elegible (*)	-	-	-	6,47 (7,87)	6,42 (7,81)
Moderado (*)	-	-	-	8,84 (10,89)	9,31 (11,69)
Severo (*)	-	-	-	11,49 (14,69)	11,54 (15,40)
Gran dependiente (*)	-	-	-	11,61 (15,01)	9,69 (12,34)

(*) Número de horas de cuidado sin censura

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08.

Por lo que respecta a la depresión, la cifra de personas con depresión atribuible al medio laboral y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año se estima en 58.494 personas. De estas, 23.300 personas (el 39,8%) recibían cuidados informales. De este grupo, 8.064 personas tenían una edad inferior a 65 años. Por tanto, se estima en 23.300 las personas cuidadoras principales de personas con depresión atribuible al medio laboral con limitaciones en su autonomía y en 8.064 las personas cuidadoras de aquellas del grupo anterior que prestan sus servicios a personas de edades inferiores a 65 años.

6.2. Problemas de las personas cuidadoras

Como se comentó anteriormente, una excesiva carga de cuidados, bien por un elevado tiempo continuado a lo largo de muchos meses o años, junto con muchas horas al día o a la semana, bien por la intensidad de los mismos, bien por la relación entre la persona cuidada y la persona cuidadora o bien por los dos motivos anteriores unidos a situaciones familiares diversas y a la posible ausencia o insuficiencia de cuidados profesionales prestados por servicios sociales públicos o sufragados por la familia, pueden derivar en la presencia de problemas para la persona cuidadora en distintas dimensiones.

La Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia contiene un bloque especial de preguntas sobre problemas derivados de la actividad cuidadora en tres dimensiones concretas: salud, relaciones sociales y familiares y esfera económica-profesional⁹. A continuación se describen los resultados principales, lo cuales pueden ser contemplados en las figuras 1 a 9.

En el caso de los cuidadores informales que prestan sus servicios a personas con alguna enfermedad mental y con limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria, un 37,2% declararon tener problemas en su salud a consecuencia de la prestación de dichos cuidados (un 33,6% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 20,4% indicó que había necesitado ponerse en tratamiento a consecuencia de una carga excesiva de cuidados (un 20,6% % entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 53,5% declaró sentirse cansada a consecuencia de dichos cuidados (un 49,0% % entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 39,5% se sentía deprimida (un 41,2% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Otro 11% declaró tener otros problemas de salud asociados a la labor de prestar cuidados (un 9,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Pasando a las relaciones sociales y familiares, un 65,2% declaró tener algún tipo de problema en dicha dimensión (un 69,3% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 52,7% señalaba reducciones en su tiempo de ocio (un 51,8% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 41,7% indicaba que no disponía de tiempo para poder tomar unas vacaciones (40% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 7,8% señaló haber tenido conflictos con su pareja derivados del hecho de prestar cuidado informal (9,3% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 36,3% indicó que no disponía de tiempo para los amigos (34,6% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 32,7% señaló que no disponía de tiempo para sí mismo (27,9% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 2,8%

⁹ Si bien en este caso solo se preguntaba a personas cuidadoras de menos de 65 años.

indicó que no disponía de tiempo para poder formar una familia (3,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Por último, en la dimensión económico-profesional¹⁰, un 55% señaló haber tenido problemas profesionales o económicos asociados a la prestación de cuidado informal (62,6% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 21,1% indicó que no podía trabajar fuera de casa (21,1% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 13,8% señaló que había tenido que dejar el trabajo (13,0% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 10,3% respondió que había tenido que reducir su jornada laboral (12,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 12,9% señaló que su vida laboral se había visto resentida (14,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 10,2% indicó que no podía cumplir con los horarios laborales (11,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 19,4% respondió que había tenido problemas económicos asociados al hecho de prestar cuidados informales (26,0% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) (Tabla 7).

10 Referida a personas cuidadoras de menos de 65 años.

Tabla 7. Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental

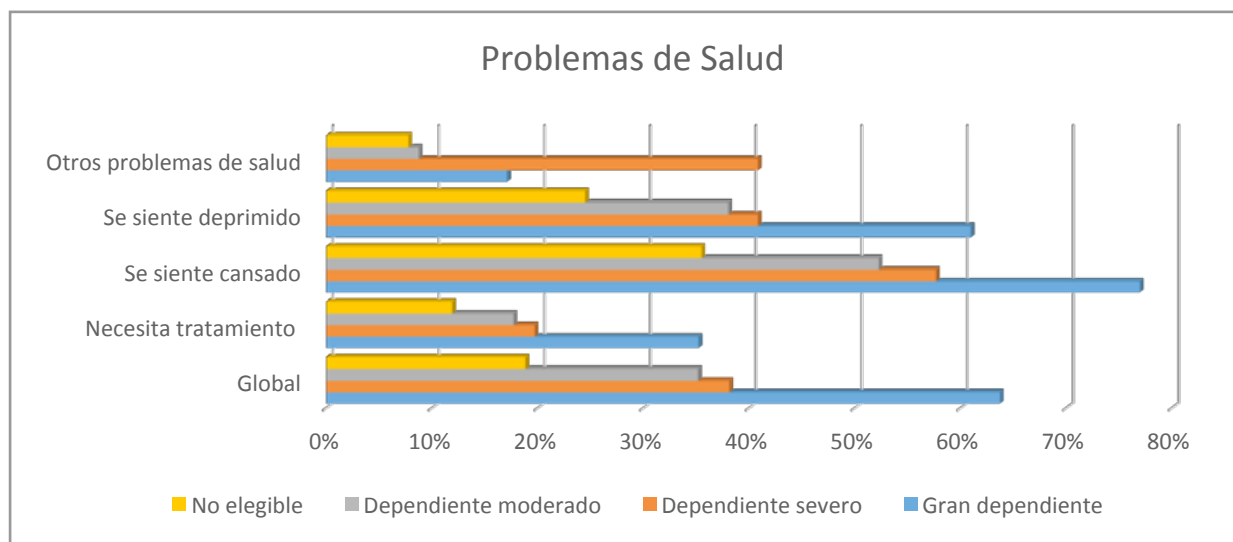
	Cuidadores informales	Cuidados informales de personas menores de 65 años
Problemas de salud		
Global	37,16%	33,60%
Necesita tratamiento	20,44%	20,60%
Se siente cansado	53,46%	49,03%
Se siente deprimido	39,54%	41,18%
Otros problemas de salud	11,02%	9,37%
Problemas en relaciones sociales y familiares		
Global	65,25%	69,30%
Reducción del Tiempo de ocio	52,72%	51,88%
No tiene tiempo para irse de vacaciones	41,75%	40,05%
Conflictos con la pareja	7,80%	9,32%
No tiene tiempo para amigos	36,34%	34,61%
No tiene tiempo para familia	2,82%	3,49%
No tiene tiempo para sí mismo	32,77%	27,96%
Problemas económicos/profesionales*		
Global	54,98%	62,57%
No puede plantearse trabajar fuera	21,16%	21,12%
Ha tenido que dejar de trabajar	13,83%	12,95%
Ha tenido que reducir su jornada laboral	10,33%	12,41%
Se ha resentido su vida laboral	12,91%	14,41%
No puedo cumplir con los horarios laborales	10,19%	11,41%
Problemas económicos	19,38%	25,97%

**Cuidadores informales menores de 65 años*

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08

Cuando analizamos los problemas de las personas cuidadoras en relación con el grado de dependencia estimada en la persona cuidada, se observa claramente que la probabilidad de referir problemas en varios aspectos de las tres dimensiones consideradas se incrementa sustancialmente a medida que aumenta el grado de severidad de la enfermedad. En las figuras 1, 2 y 3 se puede contemplar gráficamente este resultado. Así, en torno a un 65% de los cuidadores que prestan cuidados a personas con gran dependencia declaró padecer algún problema de salud, 37% si hablamos de los cuidadores que prestaban cuidados a personas con una dependencia severa, 35% los que cuidan a dependiente moderados y 18% para los no elegibles (Figura 1). Del mismo modo, más de un 35% de los cuidados de personas con gran dependencia declaró necesitar tratamiento como consecuencia de los cuidados prestados (18% para los cuidadores con dependencia severa, 15% para los moderados y 12% para los no elegibles). Alrededor del 77% de los cuidadores con un familiar con un grado de dependencia muy alto, admitió sentirse cansado por la carga que suponen los cuidados prestados (un 58% en el caso de cuidar a un dependiente severo, 52% de los cuidan a dependientes moderados y 35% para los no elegibles). Finalmente, más de un 60% de los cuidadores de grandes dependientes aseguró sentirse deprimido debido a la carga que suponen los cuidados prestados (un 40% de los que cuidan a dependientes severos, un 37% dependiente moderado y un 13% de los no elegibles).

Figura 1. Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental. Dimensión salud.

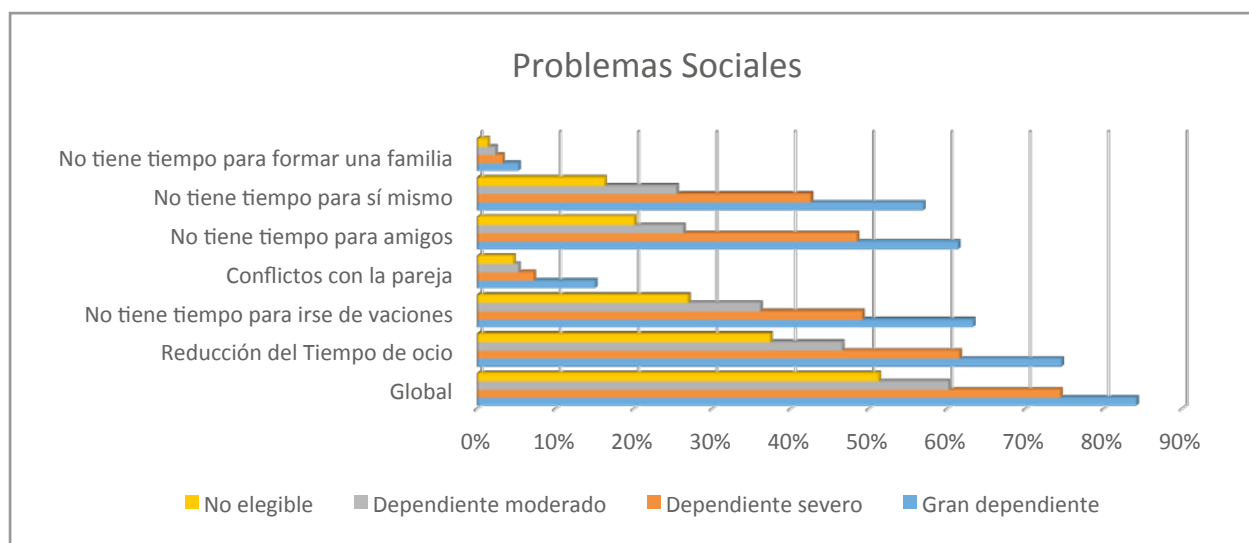


Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Pasando a la dimensión social, la relación entre el grado de severidad de la enfermedad y la carga soportada por los cuidadores sigue la misma tendencia que en la dimensión salud (figura 2). Así, cuanto mayor es el nivel de dependencia de la persona cuidada, mayor es la carga del cuidador (reflejada en un mayor número de cuidadores que tienen problemas en su ámbito social). No obstante, la presencia de problemas en el ámbito social, de manera generalizada, es notablemente superior que en el caso de la dimensión salud. De este modo, más del 84% de los cuidadores que prestan cuidados a personas con gran dependencia afirmó haber reducido su tiempo de ocio como consecuencia de los cuidados prestados (73% si hablamos de los cuidadores que prestaban cuidados a personas con una dependencia severa, 59% los que cuidan a dependiente moderados y 50% para los no elegibles). Del mismo modo, más de un 74% de los cuidados de personas con gran dependencia declaró no tener tiempo para poder ir de vacaciones (62% para los cuidadores con dependencia severa, 45% para los moderados y 38% para los no elegibles). Un 15% de los que cuidan a grandes dependientes llega a tener serios conflictos con la pareja como consecuencia de sus labores como cuidadores (apenas un 2% en el caso de los cuidadores de enfermos no

elegibles). Finalmente, alrededor de un 60% de los cuidadores de grandes dependientes no tiene tiempo para los amigos ni para sí mismo debido a la carga que supone cuidar a un gran dependiente (un 40% de los que cuidan a dependientes severos, un 25% dependientes moderado y un 10% de los no elegibles), y alrededor del 5% de los cuidadores de grandes dependientes afirmó no tener tiempo para formar una familia (apenas 1% si éstos cuidan a personas no elegibles o dependencia moderada).

Figura 2 Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental.
Dimensión relaciones sociales y familiares.

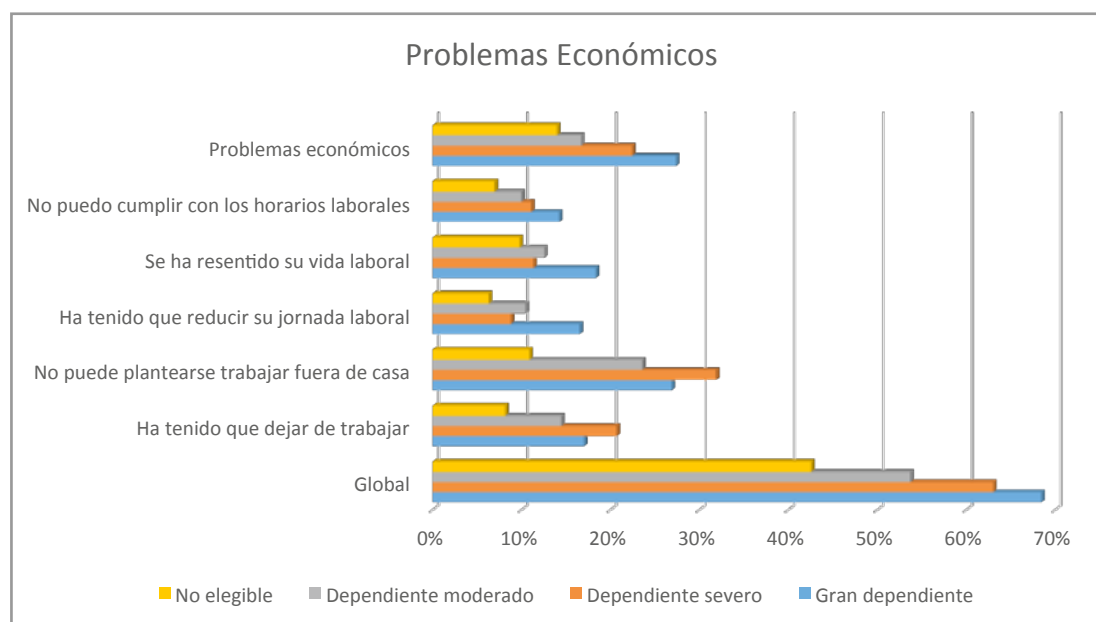


Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Finalmente, de los cuidadores menores de 65 años, casi el 70% de los que cuidan a grandes dependientes reconoció tener problemas en su ámbito profesional, más del 60% si hablamos sobre los cuidadores de dependientes severos, 52% de dependientes moderados y el 42% si son enfermos no elegibles (figura 3). Entrando más en detalle, alrededor del 20% de los cuidadores de enfermos con un grado de severidad elevado tuvo que abandonar el trabajo para poder prestar los cuidados (5% en el caso de los cuidadores de enfermos con menor grado de severidad).

Del mismo modo, el 30% de los cuidadores de personas más dependientes, no puede plantearse trabajar fuera de casa (20% y 10% para el caso de los cuidadores de dependientes moderados y no elegibles). Casi el 17% ha tenido que reducir su jornada laboral, su vida laboral se ha resentido o no puede cumplir con los horarios laborales para desempeñar su labor como cuidador (en torno al 5% en el caso de los cuidadores de enfermos con grados inferiores de dependencia). Finalmente, los problemas económicos también están presentes en casi el 28% de los cuidadores de grandes dependientes (22%, 15% y 12% para los cuidadores de dependientes severos, moderados y no elegibles, respectivamente).

Figura 3. Problemas de las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental.
Dimensión problemas económicos y profesionales.



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Si nos centramos únicamente en los cuidadores de personas que padecen esquizofrenia y con limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria (tabla 8), un 34,4% declararon tener problemas en su salud a consecuencia de la prestación de dichos cuidados (un 27,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 21,9% indicó que había necesitado ponerse en tratamiento a consecuencia de una carga excesiva de cuidados (un 19,6% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 53,1% afirmó sentirse cansada (un 41,0% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 39,6% se sentía deprimida (un 36,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años).

En el caso de los problemas en el ámbito social, un 66,5% declaró tener algún tipo de problema en dicha dimensión (un 59,3% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 45,9% tuvieron que reducir su tiempo de ocio como consecuencia de los cuidados prestados (un 35,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 40,7% indicó no disponer de tiempo para poder ir de vacaciones (28,9% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). El 6,6% señaló haber tenido conflictos con su pareja por los cuidados prestados (6,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 36,7% indicó que no disponía de tiempo para los amigos (26,0% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 36,7% señaló que no disponía de tiempo para sí mismo (39,6% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 4,1% indicó que no disponía de tiempo para poder formar una familia (0,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años).

Por último, en la dimensión profesional, un 66,8% señaló haber tenido problemas profesionales asociados a los cuidados prestados (63,6% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 37,0% indicó que no podía trabajar fuera de casa (19,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 25,4% tuvo que dejar el trabajo (31,2% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 10,8% respondió que había tenido que reducir su jornada laboral (11,3% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 21,7% sintió que su vida laboral se había visto resentida (15,2% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 16,5% no pudo cumplir con los horarios laborales (17,8% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 22,1% tenía problemas económicos como consecuencia de los cuidados realizados (15,5% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años).

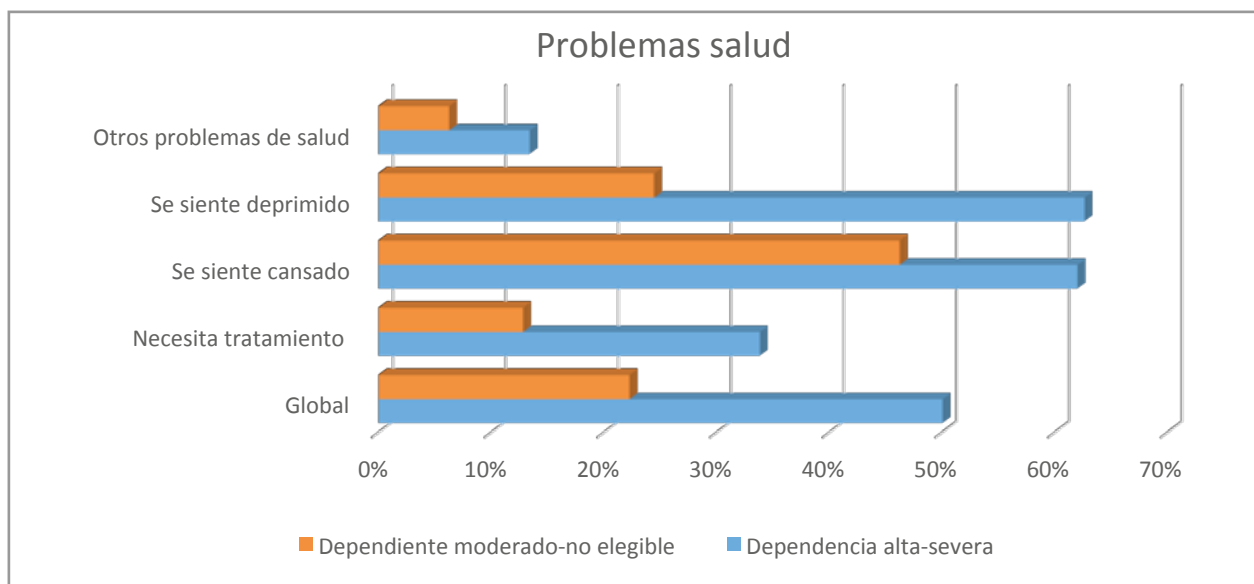
Tabla 8. Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia

	Cuidadores informales	Cuidados informales de personas menores de 65 años
Problemas de salud		
Global	34,36%	27,70%
Necesita tratamiento	21,96%	19,65%
Se siente cansado	53,10%	41,04%
Se siente deprimido	39,67%	36,71%
Otros problemas de salud	9,35%	8,87%
Problemas sociales		
Global	66,53%	59,29%
Reducción del Tiempo de ocio	45,95%	35,66%
No tiene tiempo para irse de vacaciones	40,74%	28,94%
Conflictos con la pareja	6,68%	6,41%
No tiene tiempo para amigos	36,71%	26,04%
No tiene tiempo para familia	4,15%	0,68%
No tiene tiempo para sí mismo	36,75%	39,59%
Problemas económicos/profesionales*		
Global	66,76%	63,57%
No puede plantearse trabajar fuera	37,01%	19,40%
Ha tenido que dejar de trabajar	25,41%	31,22%
Ha tenido que reducir su jornada laboral	10,78%	11,35%
Se ha resentido su vida laboral	21,74%	15,24%
No puedo cumplir con los horarios laborales	16,51%	17,79%
Problemas económicos	22,11%	15,50%

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Cuando analizamos los problemas de las personas cuidadoras en relación con el grado de dependencia estimada en la persona cuidada, se observa, de nuevo, una asociación positiva entre ambas (Figuras 4, 5 y 6). No obstante, dado el pequeño tamaño muestral por categorías para el análisis de la carga de los cuidadores que prestan cuidados a personas con esquizofrenia, se han unido las categorías “dependencia severa” y “gran dependiente” y las categorías “dependencia moderada” y “no elegibles”. Así, en torno a un 50% de los cuidadores que prestan cuidados a personas con una dependencia elevada declaró padecer algún problema de salud, 20% si hablamos de los cuidadores que prestaban cuidados a personas con una dependencia moderada (figura 4). Del mismo modo, más de un 35% de los cuidadores de personas con dependencia elevada declaró necesitar tratamiento como consecuencia de los cuidados prestados (15% para los que cuidaran a enfermos con dependencia moderada/baja). Más del 60% de los cuidadores con un familiar con un grado de dependencia muy alto, admitió sentirse cansado por la carga que suponen los cuidados prestados (45% para los cuidadores de personas con dependencia moderada/baja). Finalmente, más de un 60% de los cuidadores de grandes dependientes aseguró sentirse deprimido debido a la carga que suponen los cuidados prestados (un 25% de los que cuidan a dependientes moderados y no elegibles).

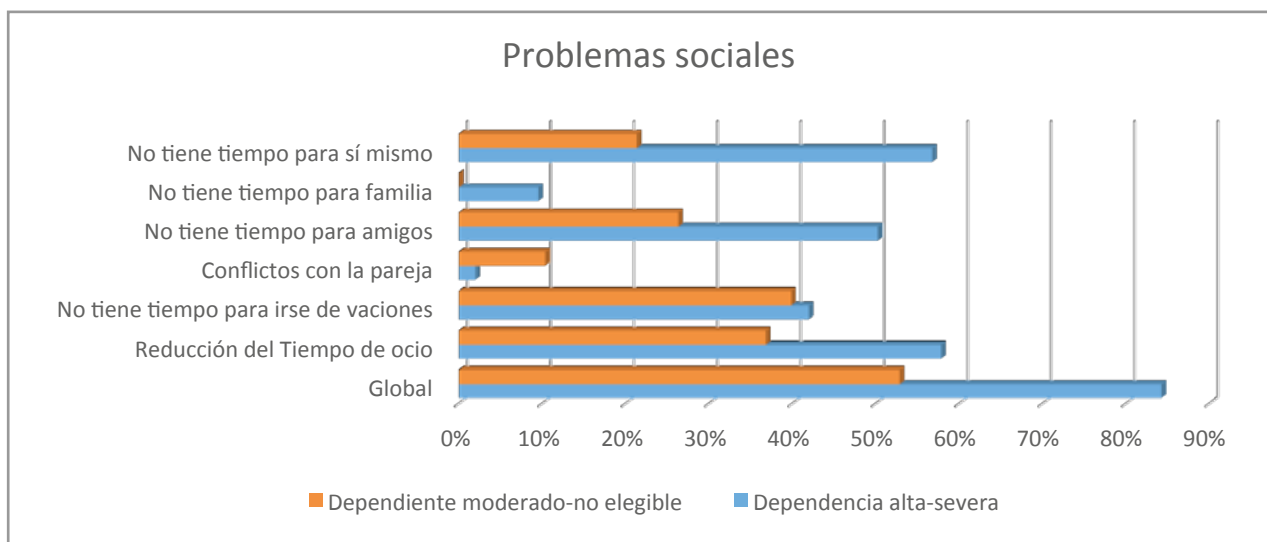
Figura 4. Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia. Dimensión problemas salud



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Pasando a la dimensión social, la relación entre el grado de severidad de la enfermedad y la carga soportada por los cuidadores sigue la misma tendencia que en la dimensión salud (figura 5). De este modo, más del 86% de los cuidadores que prestan cuidados a personas con dependencia elevada (grandes dependientes y dependientes severos) afirmó haber reducido su tiempo de ocio como consecuencia de los cuidados prestados (casi el 50% los que cuidan a dependiente moderados y no elegibles). El 55% de los cuidadores de personas con una severidad elevada declaró haber reducido su tiempo de ocio (un 25% para los no elegibles). En torno a un 45% de los cuidados de enfermos más graves no tiene tiempo para los amigos ni para sí mismo debido a la carga que supone cuidar a un gran dependiente (un 20% de los que cuidan a enfermos con un nivel de dependencia menos grave).

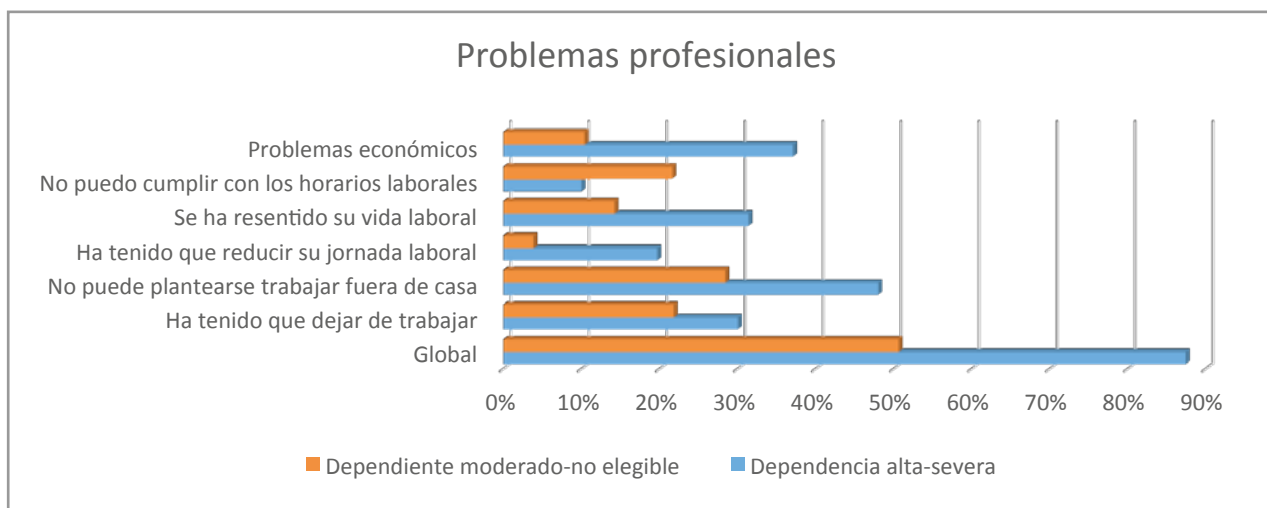
Figura 5. Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia. Dimensión problemas sociales.



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Por último, en la dimensión profesional, en torno al 90% de los cuidados con grado de severidad alto (gran dependiente o severo) reconoció tener problemas profesionales como consecuencia de los cuidados prestados (un 50% en el caso de cuidar a enfermos menos graves). El 30% ha tenido que abonar su puesto de trabajo como consecuencia de los cuidados prestados (20% en el caso de cuidar a moderados/no elegibles). El 50% de los que cuidan enfermos con grado de dependencia elevado no puede plantearse trabajar fuera del hogar y el 20% ha tenido que reducir su jornada laboral. Finalmente, casi el 40% de las personas cuidadoras de dependientes severo o gran dependiente reconoció tener algún problema de índole económica (figura 6).

Figura 6. Problemas de las personas cuidadoras de personas con esquizofrenia. Dimensión problemas profesional.



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Pasando a la carga de los cuidadores de personas que padecen depresión y con limitaciones, se puede señalar que la carga de los cuidadores en las diferentes dimensiones analizadas (medida a través de los problemas soportados analizados) es ligeramente inferior en comparación con los cuidadores de personas con esquizofrenia (Tabla 9). Así, un 35,4% declararon tener problemas en su salud a consecuencia de la prestación de dichos cuidados (un 30,3% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 19,8% indicó que había necesitado ponerse en tratamiento a consecuencia de una carga excesiva de cuidados (un 19,6% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 52,4% afirmó sentirse cansada (un 46,8% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 38,8% se sentía deprimida (un 40% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años).

En el caso de los problemas en el ámbito social, un 63,1% declaró tener algún tipo de problema (un 68,0% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 51,3% tuvieron que reducir su tiempo de ocio como consecuencia de los cuidados prestados (un 37,8% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 40,0% indicó no disponer de tiempo para poder ir de vacaciones (37,8% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años).

años). El 6,6% señaló haber tenido conflictos con su pareja por los cuidados prestados (7,8% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 34,4% indicó que no disponía de tiempo para los amigos (31,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 31,3% señaló que no disponía de tiempo para sí mismo (31,5% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 2,3% indicó que no disponía de tiempo para poder formar una familia (2,5% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años).

Por último, en la dimensión profesional, un 52,1% señaló haber tenido problemas profesionales asociados a los cuidados prestados (59,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años). Un 20,2% indicó que no podía trabajar fuera de casa (19,5% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 13,3% tuvo que dejar el trabajo (12,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 9,3% respondió que había tenido que reducir su jornada laboral (11,4% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 11,8% sintió que su vida laboral se había visto resentida (14,0% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años), un 9,6% no pudo cumplir con los horarios laborales (10,3% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años) y un 18,4% tenía problemas económicos como consecuencia de los cuidados realizados (25,7% entre los cuidadores de personas de menos de 65 años).

Tabla 9. Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión.

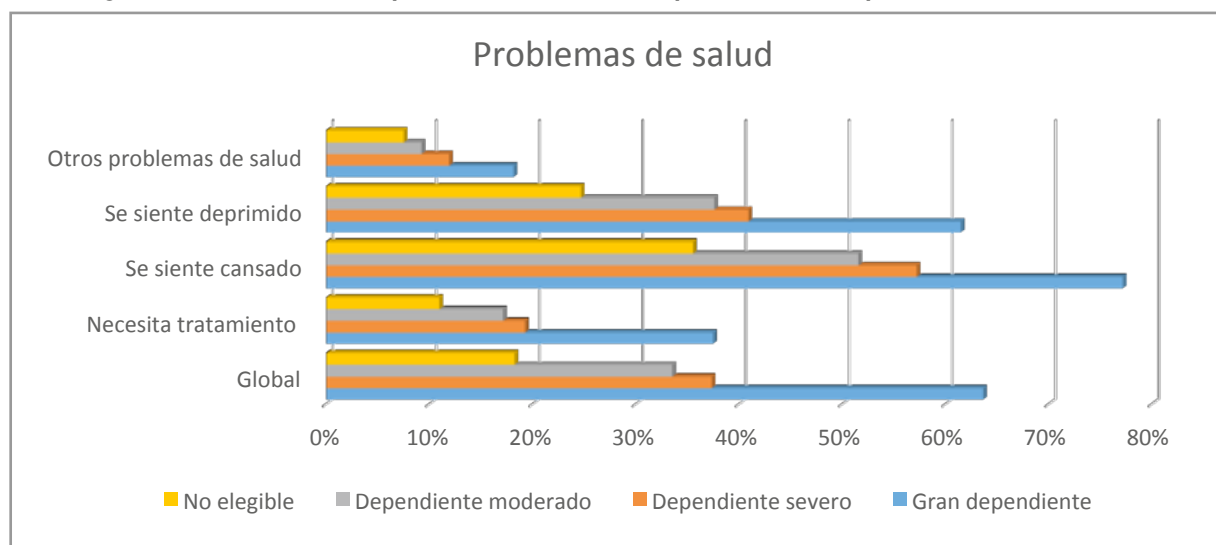
	Cuidadores informales	Cuidados informales de personas menores de 65 años
Problemas de salud		
Global	35,36%	30,30%
Necesita tratamiento	19,82%	19,62%
Se siente cansado	52,39%	46,76%
Se siente deprimido	38,79%	40,26%
Otros problemas de salud	11,03%	8,41%
Problemas sociales		
Global	63,14%	67,97%
Reducción del Tiempo de ocio	51,26%	50,98%
No tiene tiempo para irse de vacaciones	40,02%	37,77%
Conflictos con la pareja	6,55%	7,75%
No tiene tiempo para amigos	34,31%	31,69%
No tiene tiempo para familia	2,28%	2,45%
No tiene tiempo para sí mismo	31,23%	31,47%
Problemas económicos/profesionales*		
Global	52,09%	59,69%
Ha tenido que abandonar su trabajo	13,24%	12,67%
No puede trabajar fuera de casa	20,17%	19,48%
Ha tenido que reducir la jornada laboral	9,23%	11,37%
Su vida laboral se ha deteriorado	11,78%	14,02%
Tiene problemas para completar su jornada laboral	9,60%	10,34%
Tiene problemas económicos	18,38%	25,74%

**Cuidadores informales menores de 65 años*

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08

Cuando analizamos los problemas de las personas cuidadoras en relación con el grado de dependencia estimada en la persona cuidada, se observa, una vez más, una asociación positiva entre ambas (Figuras 7, 8 y 9). Así, en torno a un 63% de los cuidadores que prestan cuidados a personas con gran dependencia declaró padecer algún problemas de salud, 38% si hablamos de los cuidadores que prestaban cuidados a personas con una dependencia severa o moderada, y apenas un 15% los que cuidan a personas no elegibles (figura 7). Más del 35% de los cuidadores de personas con gran dependencia declaró necesitar tratamiento como consecuencia de los cuidados prestados (en torno al 15% para los cuidadores con dependencia severa, moderada y no elegible). Casi el 75% de los cuidadores con un familiar con un grado de dependencia muy alto, admitió sentirse cansado por la carga que suponen los cuidados prestados (alrededor del 50% en el caso de cuidar a un dependiente severo o moderado y 35% para los no elegibles). Del mismo modo, más de un 60% de los cuidadores de grandes dependientes aseguró sentirse deprimido debido a la carga que suponen los cuidados prestados (un 40% de los que cuidan a dependientes severos o moderados y un 13% de los no elegibles).

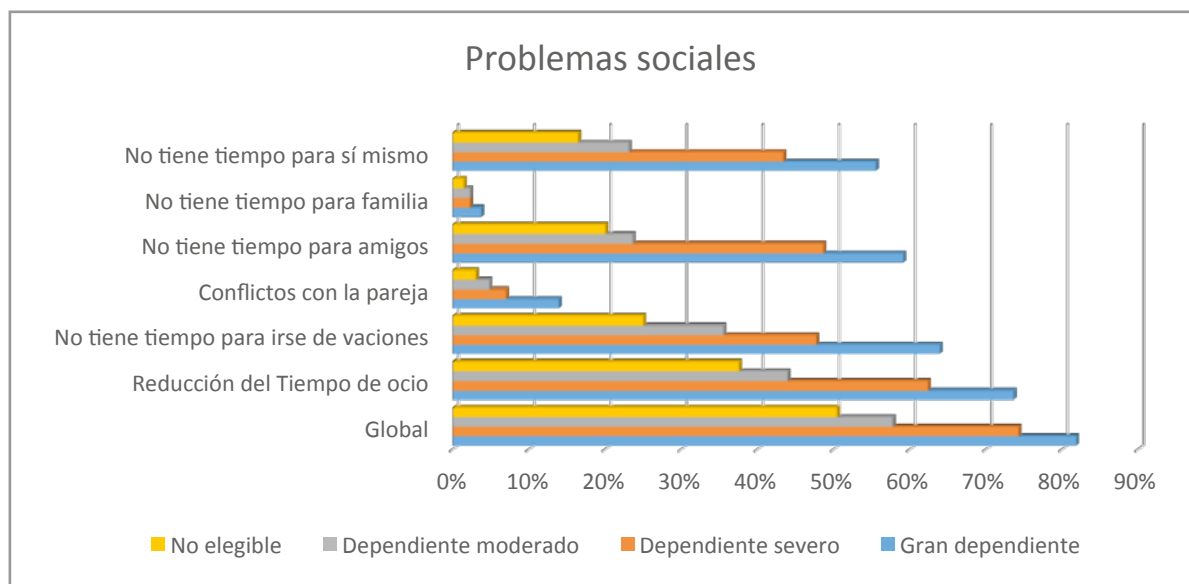
Figura 7. Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión. Dimensión salud.



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Por lo que respecta a la dimensión social (figura 8), más del 80% de los cuidadores que prestan cuidados a personas con gran dependencia afirmó padecer algún problema en la dimensión social/familiar, 70% de los cuidadores de enfermos con dependencia severa, 60% y 50% para cuidadores de personas dependiente moderados y no elegibles, respectivamente. De igual modo, más del 70% admitió haber reducido su tiempo de ocio como consecuencia de los cuidados prestados (casi 60% si hablamos de los cuidadores que prestaban cuidados a personas con una dependencia severa y en torno al 40% los que cuidan a dependientes moderados y no elegibles). Alrededor del 60% no tiene tiempo para ir de vacaciones, frecuentar a sus amistades o para sí mismo como consecuencia de la carga excesiva que suponen los cuidados (el 50% si consideramos los cuidados de dependientes severos y en torno al 20% de los dependientes moderados y no elegibles). Finalmente, casi el 15% de los cuidadores de grandes dependientes tuvo conflictos con su pareja derivados de los cuidados prestados o no tiene tiempo para formar una familia (apenas 1% de los cuidadores que cuidan a severos, moderados o no elegibles).

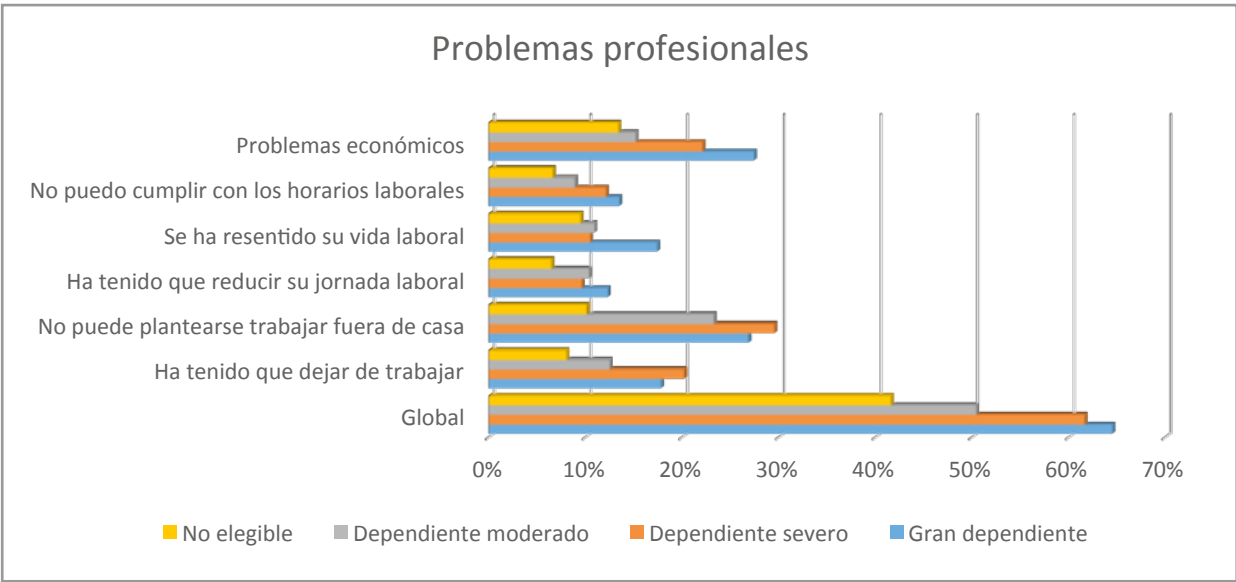
Figura 8. Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión. Dimensión social.



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

Por último, en la dimensión profesional, alrededor del 60% de los cuidadores que prestan servicios a personas con grado de severidad alto (gran dependiente o severo) reconoció tener problemas profesionales como consecuencia de los cuidados prestados (50% en el caso de cuidar a enfermos moderados y 40% a los no elegibles). En torno al 20% ha tenido que abonar su puesto de trabajo como consecuencia de los cuidados prestados (apenas el 8% en el caso de cuidar a no elegibles). El 30% de los que cuidan enfermos con grado de dependencia reconocido por la ley no puede plantearse trabajar fuera del hogar (un 10% en el caso de cuidar a no elegibles). El 14% considera que su vida profesional se ha visto deteriorada como consecuencia de los cuidados prestados, no puede cumplir con sus horarios laborales establecidos y ha tenido que reducir su jornal laboral (en torno al 6% en el caso de cuidar a personas no elegibles).

Figura 9. Problemas de las personas cuidadoras de personas con depresión. Dimensión problemas profesional.



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD08

6.3. Valoración económica del tiempo de cuidado informal

La valoración del tiempo de cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo osciló en un arco que va de los 447,9 millones de euros a los 1.115,7 millones de euros. El valor mínimo se corresponde con la estimación efectuada mediante el método del coste de oportunidad, mientras que la cifra mayor se corresponde con la estimada mediante el método del coste de reemplazo. El valor arrojado mediante la estimación por la valoración contingente es muy cercano al obtenido mediante el coste de oportunidad (449,3 millones vs. 447,9 millones). Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario a 16 horas/día. Si eliminamos dicha censura los valores crecerían a un arco de 553,1 millones (coste de oportunidad) a 1.408,9 millones (coste de reemplazo), con un valor estimado en 567,3 millones empleando la técnica de la valoración contingente.

Si limitamos nuestro análisis al tiempo de cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo y menores de 65 años, los valores oscilarían entre los 162,3 millones de euros (valoración contingente) y los 404,7 millones de euros (coste de reemplazo). El valor obtenido mediante la estimación por coste de oportunidad ascendería a 165,9 millones¹¹. Dichos valores se obtienen censurando el número máximo de tiempo de cuidado diario a 16 horas/día. Si eliminamos dicha censura, los valores crecerían a un arco de 205,6 millones (coste de oportunidad) a 515,3 millones (coste de reemplazo), con un valor estimado en 207,5 millones empleando la técnica de la valoración contingente.

Si pasamos de este análisis agregado al estudio del valor del tiempo de cuidado por caso, el valor anual medio por persona cuidadora oscila entre los 16.463 euros (coste de oportunidad) y los 40.006 euros (coste de reemplazo), con una estimación de 16.511 euros aplicando las técnicas de valoración contingente. Si eliminamos la censura de 16 horas diarias de tiempo máximo de cuidado, los valores oscilarían entre los 20.328 euros (coste de oportunidad) a 51.786 euros (coste de reemplazo), con un valor estimado en 20.851 euros empleando la técnica de la valoración contingente. Si limitamos nuestro análisis al tiempo de cuidado informal de personas menores de 65 años con enfermedad mental atribuible al trabajo, los valores oscilarían entre los 15.433 euros (valoración contingente) y los 44.122 de euros (coste de reemplazo). El valor obtenido mediante la estimación por coste de oportunidad ascendería a 15.709 euros. Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario a 16 horas/día. Si eliminamos dicha censura los valores crecerían a un arco de 19.469 euros (coste de oportunidad)

¹¹ Nótese que el valor obtenido mediante la estimación por coste de oportunidad es ahora algo mayor que mediante la valoración contingente puesto que la composición de las personas cuidadoras por edad y sexo para este subgrupo ha variado respecto al de las personas cuidadoras para todas las edades.

a 56.176 euros (coste de reemplazo), con un valor estimado en 19.649 euros empleando la técnica de la valoración contingente.

Tabla 10. Valoración monetaria del tiempo de cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo.

		Todos los cuidadores informales		Cuidadores informales de personas <65 años	
		Valor anual medio por persona*	Valor del tiempo total**	Valor anual medio por persona*	Valor del tiempo total**
Coste reemplazo	Censuradas	40.006 (40.163)	1.115,66	44.122 (47.247)	404,69
	Sin censurar	51.786 (58.016)	1.408,94	56.176 (69.399)	515,25
Coste de oportunidad	Censuradas	16.463 (16.690)	447,91	15.709 (17.160)	165,85
	Sin censurar	20.328 (22.933)	553,05	19.469 (23.784)	205,55
Valoración contingente	Censuradas	16.511 (16.171)	449,26	15.433 (16.526)	162,63
	Sin censurar	20.851 (23.359)	567,29	19.649 (24.199)	207,46

** Entre paréntesis aparece la desviación estándar; **Millones de euros.*

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08

Si analizamos los resultados para los enfermedades mentales de las que disponemos suficiente información, observamos que la valoración del tiempo de cuidado informal de personas con esquizofrenia cuyo desencadenamiento está asociado al medio laboral osciló en un arco que va de los 20,4 millones de euros (valoración contingente) a los 50,8 millones de euros (coste de reemplazo), mientras que el valor obtenido mediante el método del coste de oportunidad sería de 20,7 millones. Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario a 16 horas/día. Si eliminamos dicha censura, los valores crecerían a un arco de 25,5 millones (coste de oportunidad) a 64,2 millones (coste de reemplazo), con un valor estimado en 25,9 millones empleando la técnica de la valoración contingente. Si limitamos nuestro análisis al tiempo de cuidado informal de personas menores de 65 años con enfermedad mental atribuible al trabajo, los valores oscilarían entre los 13,9 millones de euros (valoración contingente) y los 34,5 millones de euros (coste de reemplazo). El valor obtenido mediante la estimación por coste de oportunidad ascendería a 14,1 millones. Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario a 16 horas/día. Si eliminamos dicha censura los valores se situarían en el rango de 17,7 millones

(coste de oportunidad) a 44,6 millones (coste de reemplazo), con un valor estimado en 17,9 millones empleando la técnica de la valoración contingente.

El valor anual medio por persona cuidadora (esquizofrenia cuyo desencadenamiento está asociado al medio laboral) oscila entre los 15.384 euros (valoración contingente) y los 38.210 euros (coste de reemplazo), con una estimación de 15.608 euros si aplicamos el enfoque del coste de oportunidad. Si eliminamos la censura de 16 horas diarias de tiempo máximo de cuidado, los valores oscilarían entre los 19.408 euros (coste de oportunidad) a 48.345 euros (coste de reemplazo), con un valor estimado en 19.465 euros empleando la técnica de la valoración contingente. Si limitamos nuestro análisis al tiempo de cuidado informal de personas menores de 65 años con enfermedad mental atribuible al trabajo, los valores oscilarían entre los 15.288 euros (valoración contingente) y los 37.970 de euros (coste de reemplazo). El valor obtenido mediante la estimación por coste de oportunidad ascendería a 15.513 euros. Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario a 16 horas/día. Si eliminamos dicha censura los valores crecerían a un arco de 19.446 euros (coste de oportunidad) a 49.042 euros (coste de reemplazo), con un valor estimado en 19.746 euros empleando la técnica de la valoración contingente.

Tabla 11. Valoración media monetaria del cuidado informal de personas con esquizofrenia atribuible al trabajo

		Todos los cuidadores informales		Cuidadores informales de personas <65 años	
		Valor anual medio por persona*	Valor del tiempo total**	Valor anual medio por persona*	Valor del tiempo total**
Coste reemplazo	Censuradas	38.210 (37.724)	50,76	37.970 (34.798)	34,50
	Sin censurar	48.345 (56.136)	64,22	49.042 (52.617)	44,56
Coste de oportunidad	Censuradas	15.608 (16.022)	20,73	15.513 (15.514)	14,09
	Sin censurar	19.408 (22.604)	25,51	19.446 (21.875)	17,67
Valoración contingente	Censuradas	15.384 (15.189)	20,44	15.288 (14.010)	13,89
	Sin censurar	19.465 (22.602)	25,86	19.746 (18.727)	17,94

* Entre paréntesis aparece la desviación estándar; **Millones de euros

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08

Finalmente, si nos centramos en la valoración del tiempo de cuidado informal de personas con depresión atribuible al medio laboral, las cifras se mueven en un rango que va de los 379,94-380,34 -millones de euros (coste de oportunidad y valoración contingente, respectivamente) a los 944,62 millones de euros (coste de reemplazo). Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario en 16 horas. Si eliminamos dicha censura, los valores nos llevarían a un rango cuyos valores oscilarían entre los 467,02-478,59 millones de euros (coste de oportunidad y valoración contingente) y los 1.188,65 millones de euros (coste de reemplazo). Si limitamos nuestro análisis al tiempo de cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo menores de 65 años, los valores oscilarían entre los 118,93-122,61 millones de euros (valoración contingente y coste de oportunidad, respectivamente) y los 295,39 millones de euros (coste de reemplazo). Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario en 16 horas. Si eliminamos dicha censura, los valores se situarían en el rango de 149,74-149,91 millones (coste de oportunidad y valoración contingente, respectivamente) a 372,33 millones (coste de reemplazo).

El valor anual medio por persona cuidadora (depresión atribuible al entorno laboral) oscila entre los 16.306-16.323 euros (coste de oportunidad y valoración contingente, respectivamente) y los 40.541 euros (coste de reemplazo). Si eliminamos la censura de 16 horas diarias de tiempo máximo de cuidado, los valores oscilarían entre los 20.044 euros (coste de oportunidad) a 51.014 euros (coste de reemplazo), con un valor estimado en 20.540 euros empleando la técnica de la valoración contingente. Si limitamos nuestro análisis al tiempo de cuidado informal de personas al trabajo menores de 65 años con enfermedad mental atribuible, los valores oscilarían entre los 14.749 euros (valoración contingente) y los 36.632 de euros (coste de reemplazo). El valor obtenido mediante la estimación por coste de oportunidad ascendería a 15,205 euros. Dichos valores se obtienen considerando el número máximo de tiempo de cuidado diario a 16 horas/día. Si eliminamos dicha censura los valores crecerían a un arco de 18.570-18.591 euros (coste de oportunidad y valoración contingente, respectivamente) a 46.174 euros (coste de reemplazo).

Tabla 12. Valoración media monetaria del cuidado informal de personas con depresión atribuible al trabajo

		Todos los cuidadores informales		Cuidadores informales de personas <65 años	
		Valor anual medio por persona*	Valor del tiempo total**	Valor anual medio por persona*	Valor del tiempo total**
Coste reemplazo	Censuradas	40.541 (40.094)	944,62	36.632 (40.511)	295,39
	Sin censurar	51.014 (57.503)	1.188,65	46.174 (58.506)	372,33
Coste de oportunidad	Censuradas	16.306 (16.784)	379,94	15.205 (17.264)	122,61
	Sin censurar	20.044 (22.858)	467,02	18.570 (23.450)	149,74
Valoración contingente	Censuradas	16.323 (15.251)	380,34	14.749 (14.010)	118,93
	Sin censurar	20.540 (23.152)	478,59	18.591 (23.556)	149,91

* Entre paréntesis aparece la desviación estándar; **Millones de euros

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08

Finalmente, un aspecto importante a reseñar es la diferencia entre la valoración media del tiempo de cuidado en función no solo del método de estimación y de las censuras adoptadas sino también del grado de dependencia de la persona atendida. La Tabla 13 recoge los principales resultados de esta estimación. Obviamente, los mismos son consecuencia directa de las distintas necesidades de tiempo que tienen las personas con limitaciones en su autonomía en función de su grado de dependencia, tal y como observamos en las tabla 13 para el conjunto de cui-

dadores. Así, aun en el caso de una persona que recibe cuidado informal pero que se estima que no habría llegado a la puntuación mínima para obtener la calificación de dependiente moderado (categoría no elegible), el valor anual medio del tiempo de cuidado informal recibido por cada persona oscilaría entre los 11.694 y los 29.728 euros (en el caso de los menores de 65 años, entre los 11.896 y los 30.093 euros). En el caso de las personas que reciben cuidado informal y se estima que habrían obtenido la calificación de dependientes moderados, el valor anual medio del tiempo de cuidado informal recibido por cada persona oscilaría entre los 16.096 y los 39.976 euros (en el caso de los menores de 65 años, entre los 16.785 y los 41.689 euros). Finalmente, en el caso de los dependientes severos y grandes dependientes los valores son más elevados que para las anteriores categorías, si bien no hay diferencias importantes entre ellos, dándose el caso de que incluso la estimación del valor del tiempo prestado por persona con dependencia severa supera al valor obtenido para los grandes dependientes. Ello es consecuencia de que para estas categorías, el requerimiento de horas de cuidado es extremadamente alto, sin que se observen diferencias significativas entre ellas. Por tanto, en el caso de las personas que reciben cuidado informal y se estima que habrían obtenido la calificación de dependientes severos, el valor anual medio del tiempo de cuidado informal recibido por cada persona oscilaría entre los 20.870 y los 51.759 euros (en el caso de los menores de 65 años, entre los 21.420 y los 53.198 euros). Para el caso de las personas que reciben cuidado informal y se estima que habrían obtenido la calificación de grandes dependientes, el valor anual medio del tiempo de cuidado informal recibido por cada persona oscilaría entre los 20.656 y los 51.301 euros (en el caso de los menores de 65 años, entre los 18.880 y los 46.892 euros). En la tabla 13 también se pueden contemplar los resultados obtenidos en caso de eliminar la censura de 16 horas diarias como tiempo máximo de cuidado.

Tabla 13. Valoración media monetaria del cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo por categorías de dependencia.

Todos los cuidadores informales						
		Gran dependiente	Dependiente severo	Dependiente moderado	No elegible	Total
		Valor anual medio por persona*	Valor anual medio por persona*	Valor anual medio por persona*	Valor anual medio por persona*	Valor anual medio por persona*
Coste reemplazo	Censuradas	51.301 (41.805)	51.759 (41.977)	39.976 (39.773)	29.728 (34.946)	40.006 (40.163)
	Sin censurar	66.229 (61.456)	66.156 (62.194)	49.527 (56.290)	36.552 (50.082)	51.786 (58.016)
Coste de oportunidad	Censuradas	20.741 (17.133)	21.025 (18.477)	16.098 (17.015)	11.694 (13.746)	16.463 (16.690)
	Sin censurar	26.214 (24.151)	26.257 (25.337)	19.511 (22.784)	14.127 (19.048)	20.328 (22.933)
Valoración contingente	Censuradas	20.656 (16.832)	20.870 (16.902)	16.096 (16.014)	11.969 (14.070)	16.511 (16.171)
	Sin censurar	26.764 (79.531)	26.724 (25.042)	19.941 (22.664)	14.717 (20.165)	20.851 (23.359)
Cuidadores informales de personas <65 años						
Coste reemplazo	Censuradas	46.892 (43.249)	53.198 (37.960)	41.689 (44.379)	30.093 (36.699)	44.122 (47.247)
	Sin censurar	60.903 (64.709)	71.428 (57.929)	52.341 (63.724)	37.252 (53.157)	56.176 (69.399)
Coste de oportunidad	Censuradas	19.867 (18.604)	22.056 (15.804)	17.333 (19.468)	11.896 (14.372)	15.709 (17.160)
	Sin censurar	25.100 (26.183)	28.477 (22.512)	21.123 (26.113)	14.435 (20.131)	19.469 (23.784)
Valoración contingente	Censuradas	18.880 (17.414)	21.420 (15.284)	16.785 (17.869)	12.116 (14.776)	15.433 (16.526)
	Sin censurar	24.618 (26.112)	28.649 (23.343)	21.074 (25.641)	14.999 (21.403)	19.649 (24.199)

* Entre paréntesis aparece la desviación estándar

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08

6.4. Impacto económico de las enfermedades mentales atribuibles al medio laboral

El último punto a desarrollar es reunir la información procedente de los tres estudios: García Gómez et al. (2011), García Gómez et al. (2012) y el presente trabajo. Tomando como referencia las dos cifras de gasto sanitario estimados por García Gómez et al. (2011), cuyo valor se estimaba en 149,5 y 157,0 millones de euros, el rango de pérdidas de productividad laboral estimado en García Gómez et al. (2012), cuyo valor oscila entre los 234,9 y los 249,9 millones de euros, y el valor del tiempo de cuidado informal obtenido en este estudio asociado al cuidado de personas por debajo de 65 años, el cual varía (dependiendo del método de estimación aplicado) entre los 162,6 y los 404,7 millones de euros, la cifra resultante del impacto económico de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales en España, en el año 2010, se estima entre los 546,95 y los 811,59 millones de euros. El peso del gasto sanitario sobre el coste total oscila entre el 19,3% y el 27,3%, el de las pérdidas laborales oscila entre el 30,8% y el 42,9% y finalmente, el peso del cuidado informal oscila entre el 29,7% y el 49,9%.

Para poder hacernos idea del orden de magnitud de estas cifras, podemos compararlas con los valores que proporciona la Estadística de Gasto Sanitario Público correspondiente al mismo periodo. En el año 2010, se estima que el gasto sanitario público alcanzó los 63.999,9 millones de euros. Nuestra estimación equivale a entre un 0,79% y un 1,17% de dicha cifra. Asimismo, si comparamos nuestra estimación con el recorte experimentado por el gasto sanitario público en el año 2014 (último dato disponible en el momento de escribir estas líneas) respecto al mismo concepto en el año 2009 y 2014 (8.600 millones de euros, aproximadamente), representarían entre un 6,35 y un 9,4%.

A la hora de interpretar estos resultados debemos tener en cuenta que las estimaciones se han realizado bajo criterios conservadores. Por ejemplo, en el caso del valor del tiempo del cuidado informal se ha estimado para el cuidado prestado únicamente a personas menores de 65 años y con una censura en el tiempo máximo diario de cuidado. Asimismo, las cifras de gasto sanitario mostradas se estimaron empleando parámetros conservadores. Por otra parte, hay partidas no incluidas como serían otros servicios sociales de carácter profesional, bien financiados públicamente o bien por las familias, así como partidas de pérdidas laborales relevantes. Por ejemplo, Peña-

Longobardo et al. (2016) estiman que en el año 2009 las pérdidas laborales por Incapacidad Permanente asociadas a los trastornos mentales ascendieron a 2.362 millones de euros. La aplicación de los factores de riesgo atribuibles a exposiciones laborales nos llevaría a una partida de pérdida superior a los 260 millones de euros. Ello implica que las estimaciones fruto de los tres trabajos deben ser tomadas como un umbral mínimo, obtenido bajo criterios conservadores, del impacto económico de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales. Sin embargo, el impacto económico real probablemente sería más elevado, e incluso este solo sería una parte de la gran pérdida de bienestar que ocasionan las enfermedades mentales atribuibles al medio laboral.

Tabla 14. Impacto económico de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales. España 2010.

	Valores estimados (millones de euros)	Distribución porcentual sobre el rango inferior	Distribución porcentual sobre el rango superior
Coste sanitario (*)			
Gasto Atención Especializada	48,53-64,08	8,87%	7,90%
Gasto Atención Primaria	52,41-28,8	9,58%	3,55%
Gasto Farmacia	48,53-64,1	8,87%	7,90%
Total gasto sanitario	149,47-156,99	27,33%	19,35%
Pérdidas laborales **			
Mortalidad Prematura	63,89-78.95	11,68%	9,73%
Incapacidad Permanente	170,96	31,26%	21,06%
Total pérdidas laborales	234,85-249,91	42,94%	30,79%
Cuidado informal			
Valor del tiempo de cuidado (<65 años)***	162,63-404,69	29,73%	49,86%
Impacto Económico Total	546,95-811,59	100,00%	100,00%

* Obtenido de García Gómez et al. (2011).

** Obtenido de García Gómez et al. (2012)

*** Estimaciones con valores censurados

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD-08

7

Discusión



7. DISCUSIÓN

La mayoría de los países de la OCDE se están moviendo hacia modelos de responsabilidad compartida en el cuidado de personas con autonomía limitada (Triantafyllou et al., 2010). Por lo tanto, la identificación, medición y valoración de los cuidados informales son muy relevantes, pero no implican necesariamente que el cuidado informal será reemplazado por completo por el cuidado formal. De hecho, aunque la literatura sobre la relación entre el cuidado formal e informal está creciendo, el número de trabajos que exploran esta relación es aún limitado. Existen diferentes hipótesis para explicar la relación entre cuidado formal e informal (Jiménez-Martin & Prieto, 2012). De acuerdo con el modelo de compensación, las personas cuidadoras recurren a los cuidados formales, como último recurso, una vez agotadas otras posibilidades. El modelo de efecto sustitución apoya la idea de que el cuidado informal y formal son bienes sustitutivos en la mayoría de los casos. El modelo complementario propone que los cuidados formales o profesionales son compatibles con los cuidados informales sin tener que reemplazarlos necesariamente. El modelo de tareas específicas subraya que la naturaleza de una tarea determina qué tipo de atención debería prestarse (el cuidado formal se utiliza para tareas más complejas o aquellas que requieren una atención más especializada, mientras que el cuidado informal se centra más en el apoyo afectivo, supervisión y a cuidados del día a día).

Una revisión de algunos de los más importantes artículos publicados sobre el tema sugiere que sería atrevido optar por cualquiera de los modelos propuestos como modelo explicativo general aplicable a cualquier situación de cuidado personal (Greene, 1983; Litwak, 1985; Moscovice et al., 1988; Chappell & Blandford, 1991; Denton, 1997; Muramatsu & Campbell, 2002; Van Houtven & Norton, 2004; Bolin et al., 2008; Mentzakis et al., 2009; Jiménez-Martin & Prieto, 2012; Lee & Kim, 2012; Kehusmaa et al., 2013). Asimismo, ello supone que la introducción de cuidado formal, cuando las necesidades de las personas que requieren cuidados personales están creciendo, no implica necesariamente una reducción de la presencia del cuidado no profesional. Por ejemplo, Lee y Kim (2012) encontraron que el modelo de efecto sustitución podría aplicarse en el caso de personas con diabetes mientras que las pruebas son mucho más débiles en el caso de personas con hipertensión arterial o de personas con enfermedades mentales. Por lo tanto, no parece aventurado señalar que la naturaleza de la relación entre cuidado formal e informal es determinada por la enfermedad que origina la necesidad de atención, por la gravedad de la enfermedad, por el tipo de tareas que la persona dependiente necesita, por el nivel de formación de la persona cuidadora, por la relación de parentesco entre la persona cuidadora y la persona cuidada, por los ingresos familiares, y por los elementos socioculturales, sin agotar la lista.

Puede parecer que estimar el valor económico del tiempo de cuidado minusvalora o no contempla todo el bienestar social que aporta la labor de los cuidadores no profesionales. En cierta manera podríamos estar de acuerdo en que las cifras estimadas, aun elevadas, no recogen de manera perfecta ni la carga que deben asumir las familias ni el beneficio que estas tareas aportan. Sin embargo, tal y como Arno et al. (1999) señalan, refiriéndose a su trabajo, “la imputación de un valor económico para el extraordinario nivel de cuidados que se describe en este estudio no va en detrimento de los valores emocionales, culturales y sociales expresadas a través de los cuidados informales. Por el contrario, mejora su importancia, proporcionando una medida tangible de la vasta pero vulnerable base sobre la que nuestro sistema de atención crónica descansa.” Este también ha sido el objetivo de nuestro análisis: hacer visible, siquiera de una manera imperfecta, un recurso social que en gran medida permanece invisible a gran parte de la sociedad.

El apoyo familiar y el cuidado informal deben considerarse como una parte fundamental del sistema de cuidados de larga duración, tal y como es reconocido a nivel internacional (Saltman et al., 2006). Este tipo de cuidado en el futuro seguirá siendo una piedra angular en el cuidado de personas dependientes y, por lo tanto, constituirá una parte importante de los recursos sociales asociados a ciertas enfermedades (Fujisawa et al, 2009). El reto es mejorar la coordinación entre los sistemas de salud, los sistemas de atención social y los hogares, con el fin de lograr una asignación eficiente y equitativa de los recursos para mejorar el bienestar de los ciudadanos, tanto el de las personas cuidadas como el de las personas cuidadoras (Fernandez et al., 2009). En este contexto, lo deseable sería que las autoridades públicas adoptaran o ampliaran estrategias y medidas específicas para el apoyo de las personas cuidadoras no profesionales centradas en la mejora de la información que se les proporciona, de su formación, de la educación en salud, adaptaciones de la vivienda, suministros técnicos, servicios de cuidados temporales y respiro, apoyo psicológico, mejoras normativas que facilitaran modalidades de trabajo flexibles, mayores prestaciones y una mayor provisión de cuidado profesional (Viitanen, 2007; Courtin et al., 2014). Para ello, también necesitaremos evaluar los posibles programas y acciones a desempeñar para poder identificar y seleccionar aquellas que mayor bienestar social proporcionen tanto a las personas cuidadas como a su entorno afectivo.

Nuestros resultados sugieren que cualquier programa, estrategia o política de promoción de la salud y la atención a las personas con autonomía limitada no pueden pasar por alto la importancia de las redes de apoyo informal. Teniendo en cuenta que los cuidados informales tiene un impacto económico muy significativo en los costes totales, la identificación y valoración de los cuidados informales debería ser considerada como un elemento fundamental en la revelación del impacto económico asociado a las enfermedades mentales. Adicionalmente, la estimación de

estas cifras nos remite a ganancias de bienestar social que serían posibles de alcanzar en caso de prevenir, con las políticas e intervenciones adecuadas, el desarrollo de trastornos mentales atribuibles al marco laboral. Un aspecto adicional que hemos considerado en el trabajo es que, además del valor del tiempo del cuidado informal, se debe considerar también la carga que para los cuidadores supone una excesiva intensidad o una prolongada atención prestada en el tiempo.

Obviamente, hay otros aspectos en los que, dada la naturaleza del trabajo y la limitación de los datos existentes, no era conveniente entrar en este estudio pero, sin embargo, merece la pena también señalar que además de los elementos reseñados (valor económico, carga para las personas cuidadoras), existen otros aspectos positivos relacionados con la atención, tanto para los receptores de los cuidados como para las propias personas cuidadoras. Estos aspectos están mucho menos analizados en la literatura científica y profundizar en su análisis ayudaría a revelar el valor real asociado a los cuidados informales.

8

Conclusiones del trabajo



8. CONCLUSIONES DEL TRABAJO

1. Al menos 27.207 personas con enfermedad mental atribuible al medio laboral y limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año, recibían cuidados informales en España en 2010. De este grupo, 10.558 personas tenían una edad inferior a 65 años.
2. El número medio de horas diarias de prestación de cuidado informal ascendía a 6,7 horas en el caso del cuidado de personas que se estima no habrían alcanzado el umbral mínimo para ser declarados oficialmente como dependientes (8,2 horas en caso de no aplicar censura al número máximo de horas diarias de cuidado), 8,9 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado moderado de dependencia (10,9 horas en caso de no aplicar censura) y 11,4 horas en el caso del cuidado de personas que se estima habrían alcanzado el grado severo de dependencia o la condición de grandes dependientes (14,7 horas en caso de no aplicar censura).
3. Un 37,2% de las personas cuidadoras declararon tener problemas en su salud a consecuencia de la prestación de dichos cuidados. Un 20,4% indicó que había necesitado ponerse en tratamiento a consecuencia de una carga excesiva de cuidados. Un 53,5% declaró sentirse cansada a consecuencia de dichos cuidados y un 39,5% se sentía deprimida. En la esfera de las relaciones sociales y familiares, un 65,2% declaró tener algún tipo de problema en dicha dimensión. Un 52,7% señalaba reducciones en su tiempo de ocio y un 41,7% indicaba que no disponía de tiempo para poder tomar unas vacaciones. Un 7,8% señaló haber tenido conflictos con su pareja derivados del hecho de prestar cuidado informal. Un 36,3% indicó que no disponía de tiempo para los amigos, un 32,7% señaló que no disponía de tiempo para sí mismo y un 2,8% indicó que no disponía de tiempo para poder formar una familia. Por último, en la dimensión económico-profesional, entre las personas cuidadoras en edad laboral, un 55% señaló haber tenido problemas profesionales o económicos asociados a la prestación de cuidado informal. Un 21,12% indicó que no podía trabajar fuera de casa, un 13,8% señaló que había tenido que dejar el trabajo, un 10,3% respondió que había tenido que reducir su jornada laboral, un 12,9% señaló que su vida laboral se había visto resentida, un 10,2% indicó que no podía cumplir con los horarios laborales y un 19,4% respondió que había tenido problemas económicos asociados al hecho de prestar cuidados.

4. Los problemas de las personas cuidadoras se incrementan de manera sustancial, en cualquiera de las tres dimensiones consideradas - salud, relaciones sociales y laboral - a medida que aumenta el grado de dependencia de la persona atendida.
5. La valoración del tiempo de cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo en el año 2010 osciló en un arco que va de los 447,9 millones de euros a los 1.115,7 millones de euros, dependiendo del método de valoración aplicado y aplicando una censura en el tiempo máximo de cuidado diario (16 horas/día). Si eliminamos dicha censura los valores crecerían a un arco de 553,1 millones a 1.408,9 millones de euros.
6. Si limitamos nuestro análisis al tiempo de cuidado informal de personas con enfermedad mental atribuible al trabajo y menores de 65 años, los valores oscilarían entre los 162,3 y los 404,7 millones de euros (censurando el tiempo máximo de cuidado diario) o de 205,6 a 515,3 millones, en caso de no aplicar dicha censura.
7. El valor anual del tiempo de cuidado por persona cuidadora depende de la técnica de valoración empleada, así como del grado de dependencia de la persona atendida. En términos medios, el valor oscila entre los 16.500 y los 40.000 euros para el año de referencia, en función de la técnica y aplicando una limitación al tiempo máximo de cuidado diario. Tomando como referencia el coste de sustituir el cuidado informal por servicios profesionales de ayuda en el domicilio, la cantidad de recursos a movilizar por persona dependiente severa o gran dependiente sería de más de 50.000 euros, en caso de limitar el tiempo máximo de ayuda a 16 horas diarias, o de 66.000 euros, en caso de no imponer la anterior limitación.

9

Conclusiones de la serie



9. CONCLUSIONES DE LA SERIE

El interés por el estudio de los trastornos y enfermedades mentales y sus vínculos con el lugar de trabajo se debe a las siguientes condiciones:

- son de gran importancia para la salud pública;
- tienen un fuerte impacto sobre el trabajo, tanto en términos de, por ejemplo, atención sanitaria, bajas por enfermedad, jubilación anticipada y necesidad de cuidados personales;
- tienen factores de riesgo derivados de las exigencias y las condiciones del trabajo;
- se puede actuar sobre ellas mediante la acción desde la salud pública y desde la prevención de riesgos laborales;
- se pueden prevenir eficazmente haciendo de los lugares de trabajo un lugar de refuerzo de la salud y la prevención.

La actual crisis (económica, pero también institucional) está suponiendo tener que afrontar algunos de los retos más grandes que se hayan presentado nunca para la salud pública. Durante las últimas dos décadas se ha producido un aumento de la desigualdad de ingresos en muchos países industrializados. Varios estudios sugieren que la distribución relativa de los ingresos dentro de la sociedad es un determinante muy relevante para la salud. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la pobreza y otras desigualdades sociales están fuertemente asociadas con la enfermedad mental a través de una variedad de mecanismos, incluyendo la mala nutrición, las condiciones de vida antihigiénicas, el acceso insuficiente a la atención médica, la falta de oportunidades de educación y empleo. La enfermedad mental, a su vez, contribuye a estos resultados, por lo que es un círculo vicioso. Por lo tanto, una reducción del gasto social y en salud por parte del Estado puede contribuir a aumentar la carga de la enfermedad mental no tratada, con las pérdidas de bienestar asociadas pero también, en último término, teniendo que asumir un impacto económico muy superior a los ahorros proyectados (Jenkins 2001; Levy y Sidel, 2009; Muntaner y Benach, 2010).

En los lugares de trabajo, los factores psicosociales se han reconocido en general como elementos globales que afectan a todos los países, profesiones y trabajadores. La mayor flexibilidad y precariedad del trabajo, la intensificación del mismo, y las relaciones laborales en las que entran en juego el acoso y la intimidación, son algunos de los factores que favorecen el incremento de los trastornos causados por el estrés derivado del trabajo. Estos factores pueden tener efectos considerables en la salud, en el absentismo y en el rendimiento de los trabajadores..

La combinación de alta prevalencia, inicio temprano y la cronicidad de los trastornos mentales, conlleva una contribución importante a la carga total de enfermedad. La mayoría de los trastornos mentales relacionados con la discapacidad, incluida la mortalidad prematura, especialmente por suicidio, aumenta de manera significativa la carga global de la enfermedad. Y debido a esta combinación, la carga económica asociada a los trastornos mentales es enorme.

Por todo ello, nos propusimos estudiar las enfermedades mentales derivadas del trabajo, así como el impacto económico derivado del mismo en España, en una triple vertiente: gasto sanitario, pérdidas laborales y valor del cuidado informal, con la finalidad de facilitar información para la adopción de medidas encaminadas a su prevención.

Las principales conclusiones obtenidas de esta serie de trabajos son:

1. La fracción atribuible a factores de riesgo laboral de los trastornos mentales y del comportamiento en España en 2010 se estimó en un 10,8% sobre el total (13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres). Es decir, prácticamente el 11% de los trastornos y enfermedades mentales pueden ser atribuidos a las condiciones de trabajo, lo que representa la proporción de enfermedad que podría ser prevenida o evitada si la exposición al origen del daño no ocurriera.
2. Según nuestras estimaciones, el gasto sanitario directo de los trastornos mentales y del comportamiento atribuibles al trabajo en España en 2010, ascendió a 150 millones de euros. Este gasto representó el 0,24% del gasto sanitario español para ese año.

3. 312 fallecimientos (84,6% correspondientes a hombres y 15,4% a mujeres) podrían ser atribuidos a las condiciones de trabajo en España en el año 2010, que se traducen en 5.972 Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP). Asimismo, el número de días de baja laboral temporal por enfermedades mentales atribuibles al medio laboral ascendería a 2,78 millones de días.
4. Teniendo en cuenta tanto las pérdidas ocasionadas por la mortalidad prematura como las derivadas de las bajas laborales por IT, se puede concluir que las pérdidas laborales estimadas para el año 2010, derivadas de las enfermedades mentales de origen laboral, oscilaron entre los 235 y los 250 millones de euros.
5. El valor estimado del cuidado informal, aun en su vertiente conservadora (datos con número máximo de horas de cuidado diario censurado a 16 horas y consideración únicamente de los cuidados prestados a personas menores de 65 años) nos arroja una cifra que oscila entre los 163 (valoración contingente) y los 405 millones de euros (coste de sustitución). Si incluimos al total de la población que recibe cuidados informales, la cifra del valor estimado casi se triplica.
6. La suma de costes sanitarios, pérdidas laborales y valor del cuidado informal, pese al enfoque conservador aplicado en las estimaciones, nos remite a un impacto económico de entre 545 y 810 millones de euros en cifras redondas.
7. Aunque las cifras ofrecidas solo muestren una imagen parcial del impacto económico asociado a los trastornos mentales y del comportamiento ocasionados en el medio laboral, y a pesar de la complejidad de la materia tratada, su magnitud es tal que debería llamar la atención de los poderes públicos por el campo de acción que ponen en evidencia: prevención de riesgos laborales, salud pública de la población, investigación y sostenibilidad de los sistemas sociales.
8. En un momento en que las Administraciones tienen que sopesar cada euro que destinan a sus políticas, la clarificación de las cuentas puede ayudar a mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, de seguridad social y de prevención de riesgos laborales, además de ayudar a prevenir estas enfermedades.

Los autores de este estudio, Montserrat García Gómez, Juan Oliva Moreno y Luz María Peña Longobardo, junto con los colegas que colaboraron en trabajos anteriores, Rosario Castañeda López, Gregorio Rodríguez Cabrero, Ainhoa Ipiña Cruces, Rosa María Urbanos Garrido, Omar de la Cruz Vicente y Patricia López Menduiña esperamos que esta serie de trabajos, apoyados por la Unión General de Trabajadores, cumplan con el objetivo de revelar siquiera una parte del enorme impacto económico y la relevancia social de las enfermedades mentales atribuibles al medio laboral. Asimismo, confiamos que ello sirva de ayuda en el diseño y evaluación de las intervenciones y políticas de salud mental a desarrollar en el medio laboral.

10

Bibliografía



10. BIBLIOGRAFÍA

Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U, Olesen J (2005). Costs of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (Supplement 1):1-27.

Arno PnS, Levine C, Memmott MM. The economic value of informal caregiving. *Health Aff (Millwood)*. 1999;18(2):182-8.

Bayoumi AM. The Measurement of Contingent Valuation for Health Economics. *Pharmacoeconomics* 2004; 22 (11): 691-700

Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: Una visión global. Ed. Icaria, 2010.

Boedeker W, Klindworth H. Hearts and minds at work in Europe. A European work-related public health report on cardiovascular diseases and mental ill health. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds; 2007.

Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE número 299 de 15/12/2006)

Bolin K, Lindgren B, Lundborg P. Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Econ*. 2008;17(3):393-409.

Castejón, J. El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral. UAB. Tesis doctoral. 2002.

Chappell N, Blandford A. Informal and formal care: exploring the complementarity. *Ageing Soc*. 1991;11(03):299-317.

Chari AV, Engberg J, Ray KN, Mehrotra A. The Opportunity Costs of Informal Elder-Care in the United States: New Estimates from the American Time Use Survey. *Health Serv Res.* 2015;50(3):871-82.

Comisión Europea. Consejo de Europa: Recomendación nº 98 (9); 1998

Comisión Europea. Guidance on work-related stress — Spice of life or kiss of death?, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2002 (http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.html).

Commission of the European Communities (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels, European Commission.

Courtin E, Jemai N, Mossialos E. Mapping support policies for informal carers across the European Union. *Health Policy.* 2014;118(1):84-94.

De Meijer C, Brouwer W, Koopmanschap M, van den Berg B, van Exel J. The value of informal care--a further investigation of the feasibility of contingent valuation in informal caregivers. *Health Econ.* 2010; 19(7):755-71.

Denton M. The linkages between informal and formal care of the elderly. *Can J Aging.* 1997;16(01):30-50.

Dewa CS, Lin E (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *SocialScience & Medicine* 51:41-5.

Díaz E, Ladra S, Zozaya N. 2009 La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 143/2009.

Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA. Bilbao, 2002.

Encuesta condiciones de vida 2009. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p453&file=inebase>.

Eurofound (2012). 5th European working conditions survey. Overview report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Agency for Safety and Health at Work. 2009. OSH in Figures: Stress at work – facts and figures. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Agency for Safety and Health at Work. 2010. European survey of enterprises on new and emerging risks. Managing safety and health at work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Commission (2005). Green Paper, Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

Fernandez JL, Forder J, Trukeschitz B, Rokasova M, McDaid D. How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Brief, No. 11.

Forastieri V (2012). ¿Por qué es importante el estrés relacionado con el trabajo?: la acción de la OIT y el “Enfoque Solve”. En: Anuario Internacional sobre prevención de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo 2012. Ed. Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC, 2012.

Fujisawa R, Colombo F. The Long-Term Care Workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. Paris: OECD Publishing; 2009. OECD Health Working Papers, No. 44.

García Gómez M, Ipiña Cruces A, Castañeda López R. (2010). Carga mental y trabajo. UGT. Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC. Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales UGT-CEC.

García-Gómez M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P. Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010. Ed. Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC, 2011.

García Gómez M, Oliva J, Urbanos R, de la Cruz O, Castañeda R. Costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010. Ed. Secretaría de Salud Laboral de UGT-CEC, 2012.

García Gómez P, Jiménez Martín S, Oliva J, Vilaplana C. Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: los cuidados informales. Papeles de economía española 2011; 129: 83-97

Garrido-Garcia S, Sanchez-Martinez FI, Abellan-Perpinan JM, van Exel J. Monetary Valuation of Informal Care Based on Carers' and Noncarers' Preferences. Value Health. 2015;18(6):832-40.

Greene VL. Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. Med Care. 1983;609-19.

Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMEDEspaña. Med Clin (Barc) 2006; 126 (12): 442-451.

Hawrylyshyn, O. Towards a definition of non-market activities. Review of Income and Wealth, 1997; 23:79-96.

Hellgren J, Kecklund G, Lindfors P, Sverke M (2013). Evaluación de riesgos psicosociales y su prevención en Suecia. En: Anuario Internacional sobre prevención de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo 2013. Ed. Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC, 2013.

Hoefman RJ, van Exel J, Brouwer W. How to include informal care in economic evaluations. Pharmacoeconomics. 2013;31(12):1105-19.

Hollander MJ, Liu G, Chappell NL. Who Cares and How Much? The Imputed Economic Contribution to the Canadian Healthcare System of Middle-Aged and Older Unpaid Caregivers Providing Care to The Elderly. Healthc Q. 2009;12(2):42-9.

IMSERSO. Portal de la Dependencia. Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia. SAAD. Varios años.

IMSERSO. Informe 2010 Las Personas Mayores en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2012.

INRS (2008). Le stress au travail. Disponible en : <http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Metodología. Accesible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530418.pdf>

Jimenez-Martin S, Prieto CV. The trade-off between formal and informal care in Spain. Eur J Health Econ. 2012;13(4):461-90.

Kehusmaa S, Autti-Ramo I, Helenius H, Rissanen P. Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. BMC Health Serv Res. 2013;13:317.

Kessler RC, Frank RG (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. Psychological medicine 27:861-873.

Koningsveld, E.A.P., Zwinkels, W., Mossink, J.C.M., Thie, X. and Abspoel, M., National costs of working conditions for workers in the Netherlands 2001, Werkdocument 203, Ministry of Social Affairs and Employment, The Hague, The Netherlands, 2003.

Lee MJ, Kim YS. Zero-inflated endogenous count in censored model: effects of informal family care on formal health care. Health Econ. 2012;21(9):1119-33.

Litwak E. Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal Networks & Formal Systems. New York: The Guilford Press; 1985.

Melchior, JE, Ferrie, KA et al. Does Sickness Absence Due to Psychiatric Disorder Predict Cause-specific Mortality? A 16-Year Follow-up of the GAZEL Occupational Cohort Study Maria. American Journal of Epidemiology, Mayo 2010.

Mentzakis E, McNamee P, Ryan M. Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential informal care. *Rev Econ Househ.* 2009;7(3):283-303.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Guía Laboral. Retribuciones de los trabajadores por cuenta ajena y su garantía. 2010.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: 2007. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

Moscovice I, Davidson G, McCaffrey D. Substitution of formal and informal care for the community-based elderly. *Med Care.* 1988;26(10):971-81.

Muramatsu N, Campbell RT. State expenditures on home and community based services and use of formal and informal personal assistance: a multilevel analysis. *J Health Soc Behav.* 2002;43(1):107-24.

Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiological estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Health* 2001; 27: 161-213.

O'Brien B, Gafni A. When Do the "Dollars" Make Sense? Toward a Conceptual Framework for Contingent Valuation Studies in Health Care. *Medical Decision Making.*, 1996; 16 (3): 288-299.

Oliva J, Tur A. Salud y atención a la dependencia. Una perspectiva económica en los albores del SAAD. *Humanitas*, nº 40, junio 2009: 10-30.

Oliva J, Brosa M, Espín J, Figueras M, Trapero M y Key4Value-Grupo I. Cuestiones controvertidas en evaluación económica (i): perspectiva y costes de intervenciones sanitarias. *Rev Esp Salud Pública.* 2015; 89 (1): 5-14.

Oliva-Moreno J, Trapero-Bertran M, Peña-Longobardo LM, del Pozo-Rubio R. The valuation of informal care in cost-of-illness studies: a systematic review. *Pharmacoeconomics* (en prensa)

Oliva Moreno J; López Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, Duque-González. The socioeconomic costs of mental illness in Spain, *European Journal of Health Economics* 2009 10 (4):361-369.

Oliva, J. Peña, LM. Vilaplana, C. An estimation of the value of informal care provided to dependent people in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*.2015 Apr;13(2):223-31.

Palacios Ramos E, Abellán García A; Esparza Catalán C. Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 56. [Fecha de publicación: 23/09/2008, versión 11

Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno, J., García-Armesto, S., Hernández-Quevedo, C. The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.012>

Posnett J, Jan S. Indirect cost in economic evaluation: the opportunity cost of unpaid inputs. *Health Economics*, 1996; 5: 13-23.

Puig-Junoy J, Damau E. Una revisión del método de la valoración contingente en salud. Aspectos metodológicos, problemas prácticos y aplicaciones en España. *Hacienda Pública Española*, 2000; 154 (3): 139-158.

Queensland Government. Department of Employment and Industrial Relations. Workplace Health and Safety Queensland. Occupational Disease Strategy 2007-10. Disponible en: <http://www.deir.qld.gov.au/workplace/resources/pdfs/occupational-disease-strategy-2007-10.pdf>

Saltman RB, Dubois HF, Chawla M. The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses. *Int J Health Serv.* 2006;36(4):719-46Smith, K. y Wright, K. Informal care and economic appraisal: a discussion of possible methodological approaches. *Health Economics*, 1994; 3: 137-148.

Sampietro-Colom L, Espallargues M, Comas M, Rodríguez E, Castells X, Pinto JL. Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos. *Gaceta Sanitaria*, 2006; 20(5), 342-351.

Sanderson K, Andrews G (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry* 51:63-75.

Smithkline Beecham Pharmaceuticals. Libro Blanco. Estudio Socioeconómico sobre el coste social de los trastornos de salud en España. Madrid:1998.

Toppinen, S. & Kalimo, R. (1997) Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä [Burnout among Finnish working population]. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Triantafyllou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, et al. Informal care in the long-term care system. European Overview Paper. Athens/Vienna: Health systems and long-term care for older people in Europe – INTERLINKS Project; 2010.

Triantafyllou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, et al. Informal care in the long-term care system. European Overview Paper. Athens/Vienna: Health systems and long-term care for older people in Europe – INTERLINKS Project; 2010.

van den Berg B, Al M, van Exel J, Koopmanschap M, Brouwer W. Economic valuation of informal care: conjoint analysis applied in a heterogeneous population of informal caregivers. *Value Health*. 2008;11(7):1041-50.

van den Berg B, Brouwer W, Koopmanschap M. Economic valuation of informal care: An overview of methods and applications. *Eur J Health Econ.*, 2004; 5: 36-45.

Van Houtven CH, Norton EC. Informal care and health care use of older adults. *J Health Econ*. 2004;23(6):1159-80.

Viitanen TK. Informal and Formal Care in Europe. Bonn: IZA, Institute for the Study of Labor; 2007. Discussion Paper Series, No. 26

World Economic Forum, WEF. Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. (Citado el 15/10/2011). Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE-GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf

Guía

Análisis de los Costes Económicos

derivados de la falta de Prevención de Riesgos Psicosociales.

Valoración del cuidado no profesional (informal).

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC



observatorio
de riesgos psicosociales
UGT

Con la Financiación de: DI-0004/2015



**FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES**

ÚNETE
POR TUS DERECHOS

