

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

El coste de las complicaciones en la diabetes (9/21)

La diabetes es una de las patologías que precisa de mayor cantidad de recursos económicos. No sólo es costoso el mantenimiento del paciente, sino que el correspondiente a las complicaciones que se originan en el transcurso de dicha patología es muy considerable, pudiendo sobrepasar ampliamente éste al correspondiente al tratamiento farmacológico, independientemente que la diabetes sea de un tipo u otro.

Con vistas a tener una idea clara de las cargas que, para la sociedad y para el sistema de salud correspondiente, suponen las distintas complicaciones que la diabetes origina, los autores (1) investigan y analizan posteriormente el coste de las complicaciones que con mayor asiduidad se producen en el seno del diabético, para lo cual realizan un estudio comparando dos cohortes de pacientes, una de ellas con diabéticos, con o sin complicaciones asociadas y otra, que actúa de control, con pacientes sin diabetes aunque pueden tener las mismas complicaciones que en el caso anterior.

El objetivo del estudio fue comparar los costes realizados en cuatro tipos de individuos: a) diabéticos con complicación relevante, b) diabéticos sin complicación, c) no diabéticos con complicación, y d) no diabéticos sin complicación. La prevalencia inicial de las complicaciones en la cohorte de los pacientes diabéticos fue mucho mayor que la observada en el grupo control, siendo las más observadas al principio del estudio, la hipertensión, la enfermedad cardíaca isquémica y la enfermedad renal. A lo largo de los tres años que duró la investigación, fallecieron debido a la enfermedad de base o a sus complicaciones, alrededor de un 4% del grupo de diabéticos, mientras que sólo fue la mitad en el grupo control.

Los costes originados se desglosaron en ciclos de un año (Tabla 1), estudiando en cada período el atribuido para cada complicación relevante -infarto de miocardio (IM), accidente cerebrovascular agudo (ACVA), enfermedad renal (ER), úlcera en el pie (UP), enfermedad ocular (EO) e hipertensión (HT)- en tres subtipos de individuos, en función de la edad -18-39, 40-64 y más de 65 años-.

Coste anual (\$US) por paciente para tipo de complicación en el subgrupo de más de 65 años						
	IM	ACVA	ER	UP	EO	HT
> 65 años						
- a	13.900	11.900	14.900	14.100	8.600	7.800
- b	13.200	9.500	11.100	6.600	5.000	5.100
- c	5.800	5.500	5.300	5.500	5.400	5.000
- d	3.400	3.400	3.400	3.500	3.500	3.100

Tabla 1

Los autores observan que, obviamente, los costes individuales totales fueron mayores en el caso de los diabéticos con complicaciones, si bien concluyen que el coste anual relativo disminuye al aumentar la edad del paciente, esto es, el número de veces que se encarece el proceso en el caso de los jóvenes es notablemente superior al del caso de los mayores, por lo que el coste absoluto en los jóvenes (proporción de encarecimiento por coste base) es mayor para el subgrupo de 18 a 39 años, debido probablemente a que este subgrupo concentra mayor proporción de diabetes tipo 1.

Otro dato que sorprende a los autores es el hecho que la complicación cuyo manejo resulta más costosa, es el de las úlceras en los pies, que superan incluso el originado por el accidente cerebrovascular agudo y el infarto de miocardio. Lo explican en base a que la morbilidad asociada a ello puede ser severa: muchos de estos

pacientes desarrollan osteomielitis o requieren amputación del miembro afectado. Además el episodio transcurre durante varios meses, mientras que el infarto, por ejemplo, dura unos días o semanas.

Por último advierten que es primordial estimar la incidencia de los costes de las complicaciones del paciente diabético, pues con ello se puede estimar el ahorro económico alcanzado mediante el desarrollo de programas de prevención e intervención precoz, dirigidos a las complicaciones mencionadas, tales como programas de intervención intensiva de control de la presión sanguínea, de los lípidos plasmáticos, de monitorización y tratamiento de los problemas de los pies, o de detección de patología de la retina, así como del estrecho tratamiento de la diabetes con el objetivo de mantener normoglucemias constantemente.

El farmacéutico puede jugar un gran papel, mediante el desarrollo de programas específicos de atención farmacéutica dirigidos al diabético, en donde los resultados obtenidos de la implementación de dichos programas redundaría en aspectos, tanto sanitarios como económicos.

(1) Ramsey S, Newton K, Blough D, McCulloch D, Sandhu N, Wagner E, "Patient level estimates of the cost of complications in diabetes in a managed-care population" *Pharmacoeconomics*, 1.999; 16(3): 285-295

Disminución de capacidad laboral en asmáticos (10/5)

En el cálculo de las cargas económicas de una enfermedad es importante considerar las pérdidas de productividad provenientes de las ausencias laborales debidas a una discapacidad o a una muerte prematura, ya que estos costes de tipo indirecto suponen una gran proporción de los costes totales.

Los costes indirectos no son sufragados directamente por los organismos pagadores, tales como los sistemas públicos o privados de salud, por lo que reciben poca atención a pesar del cuantioso coste que originan. Así, en Canadá en 1.993, el cáncer provocó como costes indirectos, el 75% de los costes de la enfermedad, la enfermedad respiratoria, el 69% y 63% la enfermedad cardiovascular.

Los autores (2) se plantean un método para medir el número de días con limitación laboral debidos a la morbilidad de la enfermedad asmática. Las medidas previas del coste producido por el asma en Canadá, arrojaban cifras de 504 millones de dólares canadienses en 1.990, con unos costes indirectos del 39% del total. Para ello, los datos de los pacientes se tomaron de los registros del *Pharmacy medication monitoring program*, el cual es un programa de vigilancia que agrupa usuarios de tipos específicos de medicación, en colaboración con las farmacias de la comunidad: los pacientes que allí acuden con sus prescripciones de inhaladores bronquiales proveen información sobre los resultados, uso del sistema de salud y datos económicos, a través de entrevistas telefónicas a los 1, 3 y 6 meses después de su registro.

En el estudio se diferenciaron los días de trabajo perdidos, los días trabajados con rendimientos disminuidos y los tiempos debidos a desplazamientos y esperas, asociados con la recepción de cuidados respiratorios de carácter ambulatorio (Tabla 2). Como se observa, estos valores difirieron sensiblemente en función de la gravedad de la patología.

	%	Nº total de días perdidos	Pérdida económica anual
Trabajadores			
- Media	32	8,5	1.198
- Moderada	49	11,9	1.729
- Severa	19	17,3	2.853
Amas de casa			
- Media	24	13,3	-
- Moderada	51	18,2	-
- Severa	24	40,1	-
Pensionistas			
- Media	21	36,9	-

- Moderada	44	30,3	-
- Severa	35	80,3	-

Tabla 2

Los autores concluyen que una vez traducidos todos los tiempos a número de días de pérdida de productividad laboral, la pérdida de productividad monetaria, para trabajadores a tiempo total, equivale aproximadamente al 5% de sus ingresos anuales. Por otra parte, el estudio reveló que la mayor pérdida de productividad en pacientes asmáticos se debió a los días con disminución del rendimiento por discapacidad, más que a días de ausencia laboral, con un nivel de funcionalidad durante esos días, del 70-80%.

La oficina de farmacia podría colaborar en la disminución de los costes económicos de la enfermedad asmática actuando a distintos niveles: fundamentalmente contribuyendo al adecuado uso de la terapia broncodilatadora, en cuanto a indicaciones, posología y correcta administración, pero además, mediante la cuantificación de los eventos que se producen, a fin de proceder a la identificación de las variables farmacoeconómicas más relevantes para su posterior actuación, obteniéndose así beneficios notables.

(2) Ungar W, Coyte P, The Pharmacy medication monitoring program advisory board, "Measuring productivity loss days in asthma patients", Health Econ., 2.000; 9: 37-46.