

Economía de la salud: el coste de la enfermedad y la evaluación económica en las enfermedades respiratorias

J. López-Bastida

Servicio de Evaluación y Planificación. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción

Es a partir de la década de los sesenta cuando el incremento continuo del gasto sanitario ha sido motivo de una creciente preocupación por parte de los gobiernos. Las razones de este crecimiento en el gasto son el envejecimiento de la población, el cuidado de los enfermos terminales, el incremento de las enfermedades crónicas y, por tanto, los cuidados continuados que éstas requieren. También influyen las presiones sociales y las de los profesionales de la salud, que demandan más servicios, así como la variabilidad en la práctica clínica, que conduce a un uso inapropiado de los recursos sanitarios.

Destaca por su importancia en el gasto sanitario la irrupción de nuevas tecnologías, de cuyo uso no necesariamente se deriva un mejor resultado en salud. En consecuencia, no basta con que sean seguras y de exquisita precisión. La pregunta fundamental es: ¿mejoran las tecnologías los resultados en salud?, ¿en relación con qué pacientes?

La incorporación de nuevas tecnologías se considera la causa principal del aumento del coste de la asistencia sanitaria^{1,2}. Son la eficacia clínica y la relación coste-efectividad las que deben determinar su uso, nunca la rutina³.

Las enfermedades respiratorias son una de las causas más importantes de morbilidad en los países occidentales, originan una elevación de los costes socioeconómicos de gran repercusión sobre las personas y el sistema de salud⁴⁻⁶. La estimación de estos costes es fundamental y facilita un mejor conocimiento de la magnitud de los problemas de salud, además de aclarar cuál ha de ser la distribución de recursos humanos, sanitarios y materiales para atajar los indeseables efectos de estas enfermedades crónicas sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad.

La asignación de recursos sanitarios, desde el punto de vista económico, parte de un principio de "escasez" porque no hay, ni nunca habrá, suficientes recursos para

todos los objetivos deseables y, por lo tanto, debemos elegir en cada momento dónde incrementar el gasto. Para esto, y para poder juzgar qué beneficios en la salud tiene ese coste adicional, se utiliza en economía la noción del coste de oportunidad, que sería el valor de los recursos en la mejor de las opciones que se pudieran manejar. En este contexto de tecnología sanitaria, el factor coste de oportunidad se aplicaría valorando los beneficios que se generan financiando un tipo de intervención en detrimento de otras intervenciones que no podríamos financiar y su repercusión en términos de salud. Por lo tanto, ante tanta demanda de recursos sanitarios, es necesario comparar y elegir dónde se produce mayor beneficio en la salud de la población como único criterio.

Durante la pasada década se desarrollaron y afinaron los métodos para la evaluación económica de las tecnologías^{7,8}. Si bien es cierto que esta evaluación puede no ser absolutamente ajustada a las necesidades que requieren las decisiones clínicas o de gestión, sí facilita una valiosísima información para la toma de éstas ofreciendo la posibilidad de dirimir qué tecnología debe financiarse o cuál entre ellas supone una mejor atención al paciente. Es decir, es necesario confrontar y cotejar para elegir, y la evaluación económica racionaliza esta elección haciendo la asignación de recursos más eficiente⁹.

Desde la economía de la salud hay 2 enfoques diferentes de las enfermedades respiratorias. Uno sería el coste de la enfermedad, sin tener en cuenta los resultados, y el otro entraría a considerar el coste-efectividad (en muchos casos se utiliza el término farmacoeconomía como sinónimo de evaluación económica de medicamentos) valorando los costes y el resultado que se derivarían de las diferentes tecnologías aplicadas en estas enfermedades respiratorias.

El coste de la enfermedad

Las enfermedades respiratorias tienen una serie de efectos sobre el bienestar de las personas que las padecen y la sociedad. Éstos serían: efectos sobre la utilización de los recursos sanitarios y no sanitarios, efectos indirectos sobre la capacidad productiva debido a los

Correspondencia: Dr. J. López-Bastida.
Pérez de Rozas, 5, 4.º. 38004 Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico: jlobpas@gobiernodecanarias.org

Recibido: 5-9-2005; aceptado para su publicación: 25-10-2005.

cambios en los estados de salud y, finalmente, efectos sobre la salud, como reducción de la calidad de vida (ansiedad, incapacidad, dolor, etc.) y también la muerte prematura (años de vida perdidos).

La estimación del coste de la enfermedad constituye, por lo tanto, un aspecto fundamental tanto para el conocimiento de la magnitud de un determinado problema de salud como para la asignación de recursos sanitarios, humanos y materiales, destinados a aminorar los efectos indeseables de la enfermedad crónica sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad que lo sustenta¹⁰.

Los estudios en que se realizan estimaciones del coste de la enfermedad son importantes porque contribuyen a: *a)* definir la magnitud de la enfermedad en términos monetarios; *b)* justificar y evaluar los programas de intervención; *c)* ayudar en la asignación de los recursos de investigación; *d)* proporcionar una base para la política de planificación en relación con la prevención y las nuevas iniciativas, y *e)* proporcionar un marco económico para los programas de evaluación. El coste de la enfermedad sería el resultado de la suma de 3 elementos, a saber: los costes directos que se originan de la utilización de recursos para prevenir, detectar y tratar las enfermedades; los costes indirectos relacionados con la pérdida de productividad causada por la discapacidad (permanente o temporal) y la mortalidad prematura, y los efectos sobre el bienestar (costes psicológicos, intangibles) como incapacidad, angustia y ansiedad que se atribuyen necesariamente a la calidad de vida que deviene de la enfermedad.

En teoría, los elementos directos e indirectos del coste de la enfermedad deben ser cuantificables. La valoración de los costes directos se puede obtener de los datos de coste si la información retrospectiva de éstos es exacta y precisa, considerando también los datos recogidos prospectivamente. Los costes indirectos se interpretan como el equivalente (descontados) de ingresos por llegar. Para su cálculo se requieren datos precisos y exactos sobre discapacidad (permanente o temporal) y tasas de muertes prematuras. Los efectos sobre los estados de salud requieren una valoración monetaria para poderlos incluir en el coste de la enfermedad. Con la incorporación de cuestionarios genéricos sobre la calidad de vida, como el EQ-5D, es posible valorar los estados de salud y adjudicarles una cuantificación económica, es decir, un valor monetario¹¹. De esta manera, la estimación de costes obtenida tiende a ser la más fiable para el cálculo del coste de la enfermedad en cuestión. Además, se deben también incluir los costes directos no sanitarios que recaen sobre pacientes y familiares (cuidadores), como costes extras y costes de tiempo, que resultan de la atención, por ejemplo, de enfermedades asmáticas infantiles.

Es cierto que los recursos no deberían asignarse en función del impacto de una determinada enfermedad, sino allí donde mayores beneficios en términos de salud produzca nuestra intervención. Los estudios del coste de una enfermedad permiten en muchos casos ajustar la verdadera dimensión de un problema de salud y aportar una información valiosísima para la sociedad y para los gestores en relación con ésta.

La evaluación económica

La evaluación económica trata de determinar qué tecnología es más eficiente o, lo que es lo mismo, cuál produce mejores resultados para la salud según los recursos invertidos, una vez identificados, medidos y comparados los costes, los riesgos y los beneficios de los programas, servicios o tratamientos. Según esta definición, y contrariamente a lo que podría suponerse, en una evaluación económica no se considera en exclusiva el coste de las tecnologías comparadas, sino que se trata de relacionar dichos costes con los efectos (beneficios) obtenidos; es decir, se compararía su eficiencia. Así, dentro de la evaluación global de una tecnología pueden distinguirse la evaluación clínica, basada en la eficacia/efectividad y en la seguridad, y la evaluación económica, basada en la eficiencia, donde además de la efectividad se incluye, relacionado con ésta, el cálculo de los costes.

Durante los últimos años ha habido un creciente interés por los estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias, que se ha reflejado en el progresivo aumento de artículos aparecidos en revistas médicas en los que se utiliza la evaluación económica. Sin embargo, este aumento de la cantidad no ha supuesto un aumento paralelo de su calidad, y la falta de rigor metodológico ha sido la regla. Esto es debido a que se trata de un campo relativamente nuevo en el que se utilizan métodos y conceptos ajenos a los conocimientos médicos, lo que provoca confusión en la utilización de términos y en los objetivos perseguidos.

Por todas estas razones es necesario familiarizarse con esta metodología, aplicarla adecuadamente y lograr una correcta utilización e interpretación de los términos empleados. Algunos autores han propuesto directrices para la realización de estudios de evaluación económica, insistiendo en la necesidad de que lectores, investigadores y editores de revistas médicas apliquen de forma sistemática esos conocimientos¹². Hay varios tipos de técnicas de evaluación económica^{7,8}:

1. Minimización de costes. Este análisis se utiliza cuando la efectividad clínica de las diferentes intervenciones es idéntica. Así pues, sólo se comparan los costes de cada una de las opciones y se elige aquella con un coste menor. Se deben presentar siempre datos donde se justifique la igualdad de las opciones comparadas en cuanto a los beneficios. Este tipo de análisis es el más sencillo de aplicar, pero a la vez el que requiere tomar más precauciones.

2. Análisis de coste-efectividad. En este análisis los beneficios de las opciones que se comparan pueden medirse en las mismas unidades. Los resultados de estos análisis se expresan en términos de costes, medidos en unidades, con los efectos, medidos en unidades físicas o naturales (p. ej., vidas salvadas, años de vida ganados, días de dolor evitados, etc.). Es sin duda el tipo de análisis más utilizado en la bibliografía actual. Su principal inconveniente es que su uso se limita a la comparación de intervenciones (tecnologías) similares, en que los beneficios se miden en las mismas unidades. Se deben calcular los incrementos de coste y efectividad, y valorar si el beneficio extra compensa el coste adicional.

3. *Análisis de coste-beneficio.* En este análisis, tanto los costes del tratamiento como los efectos de las opciones se miden en unidades monetarias. Del mismo modo que con los costes, habrá que considerar 3 tipos de beneficios: directos (ahorro de recursos), indirectos (ganancias en la producción debidas a la pronta reincorporación al trabajo) e intangibles (cómo valora el paciente su salud) dependiendo de su relevancia. Los resultados de estos análisis se expresan como el cociente coste-beneficio o como el valor neto entre costes y beneficios. Desde un punto de vista económico sería la forma de análisis más ortodoxa. Su principal ventaja es cuando se comparan varias opciones cuyos resultados están expresados en términos distintos. Sin embargo, su principal inconveniente reside en la dificultad de traducir en salud términos monetarios y los problemas éticos que esto comporta.

4. *Análisis de coste-utilidad.* Este análisis se utiliza cuando se pretende medir los efectos de una intervención a través de una unidad que integre cantidad y calidad de vida. Esto se consigue calculando los años de vida ganados con una tecnología y ponderándolos con la calidad de vida conseguida. Las unidades obtenidas son los años de vida ajustados por calidad (AVAC; QALY en bibliografía inglesa). Esto permite un análisis de los efectos mucho más avanzado que los estudios de coste-efectividad al incluir índices que tienen en cuenta aspectos subjetivos como la calidad de vida de los sujetos estudiados¹³. Así pues, su principal ventaja es la posibilidad de comparar diferentes tipos de intervenciones o programas sanitarios y de integrar la cantidad y calidad de vida de los pacientes. Su principal desventaja es la falta de una metodología bien definida, lo que hace que, dependiendo del método utilizado, varíen los resultados.

Establecer prioridades

La estimación del coste de la enfermedad no se puede utilizar para determinar prioridades, ya que éstas sólo se pueden fijar después de una valoración cuidadosa de los costes, de los beneficios y de todas las opciones tecnológicas que se comparan. Dado que el presupuesto del Sistema Nacional de Salud es limitado, no se pueden financiar todas las tecnologías. Así pues, se debe dar prioridad a aquellas que producen la mayor mejora en la salud en términos de unidad de coste incurrido y en relación con otros cuidados en la enfermedad respiratoria y con otras tecnologías en todo el campo de la atención sanitaria. Este ejercicio requiere información sobre costes y efectividad, y no sólo sobre costes. Para establecer prioridades de esta manera se requiere la ayuda de técnicas de evaluación económica, como el coste-efectividad, coste-beneficio y coste-utilidad, en vez de utilizar sólo la metodología del coste de la enfermedad.

Donde más se emplea el análisis económico es en la toma de decisiones del sistema sanitario. Políticos, gerentes, clínicos, farmacéuticos, personal de enfermería, etc., se verán obligados, cada vez más, a examinar la evidencia de los costes y de la efectividad de las tecno-

logías para poder decidir cuáles deben financiarse e incorporar esta información a las guías de práctica clínica y a las guías terapéuticas. Con estas posibilidades en mente, es importante que se avance tan rápido como sea posible en la validación de métodos de evaluación económica. Quienes permanezcan ajenos a este tipo de análisis económico que se ha desarrollado en los últimos años se encontrarán en una considerable desventaja en un futuro próximo.

Conclusiones

Los recursos disponibles para satisfacer las demandas de la sociedad son siempre limitados. De ahí que debamos decidir sobre la mejor forma de distribuirlos. Aunque los estudios del coste de la enfermedad tienen un papel más limitado en la toma de decisiones que los estudios de evaluación económica, proporcionan información para los modelos matemáticos sobre las consecuencias relativas de diferentes enfermedades, que pueden resultar de gran utilidad cuando los gestores tengan que tomar una decisión si se carece de información sobre los tratamientos potenciales y su coste.

A pesar de que las directrices para realizar una evaluación económica son controvertidas y que la calidad de muchos de estos estudios no sigue las reglas establecidas, la inflación de costes que generan la introducción y sustitución de nuevas tecnologías ha originado que la evaluación económica sea fundamental para la toma de decisiones a la hora de financiar las más modernas tecnologías. Además, el uso de la evaluación económica incrementa en gran medida el grado de transparencia en el proceso de toma de decisiones¹⁴.

La evaluación económica, cuando se interviene sobre enfermedades respiratorias, es esencial para propiciar una base que intente asegurar que estos pacientes son tratados con eficiencia y equidad.

La mayor presencia de los estudios económicos en el ámbito sanitario debiera tener su fundamento en los estudios de evaluación económica, con el objeto de ayudar a la adopción de las decisiones y actuaciones con relación al coste y a la efectividad, reduciendo de esta manera la arbitrariedad en la priorización de la financiación de los programas sanitarios.

Agradecimientos

A Fernando Rizo Bertomeu, Pedro Serrano Aguilar y Benjamín Brotons Brotons.

BIBLIOGRAFÍA

1. Evans RW. Health care technology and the inevitability of resource allocation and rationing decisions – part I. JAMA. 1983;249:2047-53.
2. Newhouse JP. Medical care costs: how much welfare loss? Journal of Economic Perspectives. 1992;6:3-21.
3. Battista RN. Innovation and diffusion of health related technologies: a conceptual framework. Int J Technol Assess Health Care. 1989;5:227-48.

4. Borderías Clau L, Zabaleta Murguionda M, Riesco Miranda JA, Pellicer Ciscar C, Hernández Hernández JR, Carrillo Díaz T, et al. Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio (estudio COAX en servicios hospitalarios). Arch Bronconeumol. 2005;41:313-21.
5. De Miguel Díez J. Farmaeconomía en el asma y en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2005;41:239-41.
6. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernandez-Fau L, Viejo JL, et al. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. Arch Bronconeumol. 2004;40:72-9.
7. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.
8. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 1996.
9. García Ruiz AJ, Leiva Fernández F, Martos Crespo F. Análisis del coste-eficacia del tiotropio frente al ipatropio y salmeterol. Arch Bronconeumol. 2005;41:242-8.
10. Rice DP. Cost-of-illness studies: fact or fiction? Lancet. 1994; 344:1519-20.
11. Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy. 1996; 37:53-72.
12. Drummond MF, Jefferson TO. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. The BMJ Economic Evaluation Working Party. BMJ. 1996;313:275-83.
13. Torrance GW. Measurement of health state utilities for economic appraisal. A review. Journal of Health Economics. 1986;5: 1-30.
14. Drummond M. Australian guidelines for cost-effectiveness studies of pharmaceuticals: the thin end of the boomerang? Centre for Health Economics. York: University of York; 1991.