



Editorial

Analizando la economía, algo está cambiando en el asma

Analyzing the economy, asthma is changing

Joan Serra Batlles

Servicio de Neumología, Hospital General, Vic, Barcelona, España

Los profesionales sanitarios estamos también afectados por esta gran crisis de la economía mundial. Por ello el impacto económico que socialmente representan las enfermedades es un tema de extraordinaria importancia. Hoy día estos aspectos de salud comunitaria incluso trascienden los propios medios sanitarios; tómese por ejemplo el debate político planteado respecto al coste económico que supone para la sociedad el estado del bienestar, y concretamente el de la protección sanitaria universal. La evaluación económica de los trastornos más prevalentes es necesaria para ayudar a las autoridades sanitarias a conocer la realidad de las enfermedades y establecer hipótesis de trabajo que permitan una mejor asignación de recursos, que por razones obvias no son ilimitados¹. Este tipo de estudios también son necesarios para los profesionales sanitarios, ya que les obligarán a ser más cuidadosos a la hora de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.

La elevada prevalencia y el progresivo incremento de la incidencia de las enfermedades respiratorias, y más concretamente el asma, en los países desarrollados han convertido la enfermedad asmática en un grave problema no sólo sanitario, sino también de índole económica: se estima que el gasto sanitario ocasionado por su asistencia y tratamiento en los países industrializados oscila entre el 1 y el 2% del gasto sanitario total²⁻⁴. El reconocimiento del impacto económico que para la sociedad supone el asma se refleja incluso en los últimos consensos internacionales, así como en las guías de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), como un problema añadido que debe ser contemplado a la hora del abordaje completo de esta enfermedad.

La farmacoeconomía es uno de los puntos de mayor interés en la evaluación de los recursos sanitarios, aunque no puede separarse del resto de las medidas económicas implicadas en la atención de los pacientes con asma. Desde un enfoque farmacoeconómico interesa conocer, por ejemplo, qué proporción de estos pacientes es responsable del coste de la enfermedad. De acuerdo con los estudios realizados, la prevalencia de asma en nuestro país es muy variable de una zona a otra, oscilando entre el 1 y el 15%. Estas diferencias dependen, en buena parte, de la metodología empleada para establecer el diagnóstico de la enfermedad^{5,6}. Se

prevé que el impacto económico del asma aumentará en los próximos años como consecuencia del aumento de la esperanza de vida de la población, el incremento de la prevalencia y la aparición de nuevos fármacos y modalidades terapéuticas.

Cuando se evalúan los costes ocasionados por una enfermedad, éstos se subdividen, según su naturaleza, en 3 grandes apartados: costes directos, costes indirectos y costes intangibles.

Los costes directos están causados por los recursos consumidos, que incluyen los fármacos, las visitas a facultativos y centros sanitarios como a urgencias, las hospitalizaciones, el coste de los métodos diagnósticos y de seguimiento utilizados, como las pruebas funcionales, radiografías, analíticas y demás. Los costes indirectos están relacionados con los recursos perdidos, e incluyen el dinero gastado o dejado de ganar por las bajas laborales, las incapacidades laborales, las jubilaciones anticipadas y las muertes prematuras. Y los costes intangibles están relacionados con las posibles ganancias no obtenidas a causa del impacto emocional y la pérdida de calidad de vida que la enfermedad ocasiona a los pacientes o sus familiares, por ejemplo, cuando alguien tiene que dejar su trabajo para acompañar a un familiar al médico.

Los costes directos son los más fáciles de cuantificar dada su propia condición, mientras que los indirectos y los intangibles son más difíciles. Los indirectos dependen en gran medida del mercado laboral y de la protección social de cada área. Los intangibles aún son más difíciles de medir dada su naturaleza poco cuantificable; tanto es así que en la mayoría de los estudios publicados los costes intangibles o no se cuantifican o se suman a los indirectos.

Si hacemos una revisión bibliográfica sobre este tema, encontramos pocos estudios de farmacoeconomía, aunque es cierto que en los últimos 10 años está aumentando su número. No obstante, la mayoría únicamente cuantifica los costes directos, o incluso una parte de éstos, como es el gasto farmacéutico, lo cual ofrece una visión muy parcial del tema. Es difícil hacer estudios comparativos, ya que el coste del asma varía en los diferentes países debido a las diferencias culturales, políticas, laborales y económicas existentes entre ellos, y sobre todo a las diferencias en la organización de los sistemas sanitarios en los diversos países que han publicado sus datos.

Los primeros autores que se ocuparon del tema hace pocos años fueron Weiss et al² en un artículo publicado en *The New England Journal of Medicine* en 1992, en el que demostraban que el

1% del gasto sanitario en EE.UU. estaba dedicado al asma. A partir de entonces se han llevado a cabo otros estudios en diversos países industrializados, en los que se han utilizado diferentes metodologías: en la mayoría las fuentes de análisis son datos aportados por sus respectivos organismos públicos de salud, mientras que otros trabajos parten de los datos proporcionados por los propios pacientes. El reconocimiento del impacto económico que supone para la sociedad se ha reflejado incluso en los últimos consensos internacionales como otro problema añadido a la enfermedad que debe contemplarse a la hora de abordar el tratamiento. Por ejemplo, el documento de consenso internacional de la Global Initiative for Asthma (GINA) de los años 1995 y 2002 dedica un capítulo a este tema al considerarse que "... la implementación de estrategias efectivas en el tratamiento del asma reduce tanto la morbilidad como el coste sanitario...", señalando con ello que la mejor manera de reducir el coste total de la enfermedad consiste en lograr un control adecuado del paciente asmático⁷. También la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)⁸, de 2003, concede importancia a este aspecto al señalar la necesidad de que los profesionales de la salud sepan que el buen manejo del asma incluye tener en cuenta su coste, no para situarlo en un lugar fundamental, sino para considerarlo, de forma que todos los profesionales sanitarios interesados en el asma deben conocer su relevancia para el buen manejo del asma. A fin de resaltar este hecho, la guía menciona que un 70% del coste total de la enfermedad está ocasionado por el mal control de ésta y que los costes indirectos y una parte de los costes directos, como gastos por hospitalización, visitas a urgencias o muerte, son los mayores responsables del consumo de recursos económicos debido al asma⁸.

En 1996 Barnes et al⁹ revisaron 9 estudios sobre el coste del asma en diversos países industrializados e intentaron arrojar algo de luz sobre los componentes del gasto asociado a esta afección respiratoria. Observaron que los costes indirectos superan el 40% del total en la mayor parte de los trabajos evaluados. En cuanto a los costes directos, el gasto farmacológico representa el mayor porcentaje, superando el 40% de éstos, seguido de los derivados de las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios, que suponen aproximadamente un 30%, y los gastos en profesionales, que representan, en estos países, cerca de la cuarta parte del total.

Los datos disponibles acerca de la economía del asma en nuestro país son escasos. Algunos de ellos proceden de análisis parciales que contemplan solamente, por ejemplo, los costes hospitalarios¹⁰. El único estudio sobre costes totales que hasta la fecha encontramos en la bibliografía es el realizado en 1994 por nuestro grupo en una comarca de la provincia de Barcelona (Osona), y publicado en 1996¹¹. Dicho estudio mostró que los costes directos constituyen una tercera parte del total y los indirectos (bajas laborales e invalideces), las otras 2 terceras partes. También mostró que los fármacos representan un 45% de los costes directos y tan sólo el 19% del coste total, y que el coste indirecto está fundamentalmente generado por el asma grave, ya que el coste de ésta es superior al del asma leve y moderada en una relación 4:1. Estos resultados no diferían mucho de los costes presentados por otros países en aquella época. Demostramos asimismo que a mejor control de asma, el gasto en costes directos era menor. En efecto, los asmáticos bien controlados presentaban como media por paciente y año 550 €, los asmáticos con poco control de su enfermedad 746,3 €, y los pacientes con mal control de la enfermedad 1.451,3 €.

En el artículo publicado en este número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA por Martínez-Moragón et al¹², se realizó un estudio prospectivo de pacientes asmáticos durante un año, cuyo diseño es similar al antes mencionado de nuestro grupo, y por lo tanto comparable a éste, en el que colaboraron 38 neumólogos de toda la geografía española, que incluyeron a 627 pacientes

distribuidos de forma similar en los 4 niveles de gravedad de la enfermedad. El resultado en costes, 15 años después del anterior estudio, es similar o incluso algo inferior (es decir, 1.726 frente a los 1.964 € de nuestro estudio); el gasto en fármacos actualmente representa el 32%, cuando antes suponía el 19%. Lo que sí han disminuido de forma espectacular son los costes indirectos; es decir, al cabo de 15 años la mayor parte de los asmáticos que acuden a las consultas están mejor controlados, o al menos presentan pocas bajas laborales y escasas invalideces por asma. Esto constituye un cambio sustancial en el tratamiento del asma en los últimos años, ya que se ha producido una disminución de las hospitalizaciones que parece compensar el aumento del gasto ocasionado por los fármacos, lo cual ha permitido disminuir sustancialmente el gasto total, pues se están reduciendo los costes indirectos generados, entre otros, por las invalideces o las bajas laborales, que en nuestro estudio representaban las dos terceras partes de los costes totales del asma y que en el de Martínez-Moragón suponían un 11% del coste total. Este cambio respecto a hace unos 20 años, con una reducción del número de asmáticos ingresados en los hospitales o que acuden a urgencias, representa un beneficio no sólo económico para el país, sino también un cambio fundamental para la calidad de vida del propio paciente. Lo que no varía en este estudio respecto al realizado por nosotros es que un pequeño grupo de pacientes, representado por los mayores de 65 años y los asmáticos graves, continúan siendo los que consumen más recursos sanitarios, dato que concuerda con otros publicados recientemente en otros países similares, como Italia y Francia^{13,14}.

Merece la pena resaltar que estos estudios demuestran que el gasto generado por el asma constituye una importante carga económica para los países industrializados, pues consume una parte no desdeñable del total de los recursos destinados a la salud pública, pero que este gasto se puede controlar e incluso reducir si se logra que la enfermedad se estabilice con un uso adecuado de los fármacos de que se dispone. Alrededor del 70% del coste total de la enfermedad está determinado por su mal control y manejo (la mayoría de los costes indirectos), de modo que una mayor utilización de la medicación preventiva antiinflamatoria, la mejora de la educación de los pacientes asmáticos y el seguimiento apropiado de las recomendaciones de las sociedades científicas, como las de nuestra reciente GEMA (2009)¹⁵, son medidas que pueden redundar en un mayor control de la enfermedad y en una reducción de los costes asociados. El análisis de la evolución del gasto sanitario ocasionado por el asma puede ser un instrumento válido para valorar la eficacia de las nuevas terapéuticas y el enfoque propuesto por los expertos en las guías.

Este tipo de estudios, como el que se presenta en este número de la Revista, también permitirá diseñar estrategias para controlar el gasto sanitario dedicado al asma, ya que demuestran que la mejor arma para controlar su aumento consiste en una buena atención del paciente y un buen uso de los fármacos, pues el asmático que menos gasta es el asmático bien controlado. Además, el buen manejo y control de nuestros asmáticos les proporcionará una mejor evolución y calidad de vida. Dicho de otra manera, resulta más barato hacerlo bien que mal.

Bibliografía

1. Miravittles M, Figueras M. El coste de la enfermedad pulmonar y obstructiva crónica en España. Opciones para una optimización de recursos. Arch Bronconeumol. 2001;37:388-93.
2. Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in the United States. N Engl J Med. 1992;326:862-6.
3. Bousquet J. A physician's view on health economics in asthma. Eur Respir Rev. 1995;5:275-8.
4. Kiivet RA, Kaur I, Lang A, Aaviksoo A, Nirk L. Cost of asthma treatment in Estonia. Eur J Public Health. 2001;11:89-92.

5. Grupo Español del Estudio Europeo de Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en cinco áreas españolas. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:487-92.
6. Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de hiperreactividad bronquial y asma en adultos y jóvenes de cinco áreas españolas. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:761-7.
7. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Workshop Report. 2002. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>
8. Plaza V, Álvarez FJ, Casan P, Cobos N, López A, Llauger MA, et al, en calidad de Comité Ejecutivo de la GEMA 2003 y en representación del grupo de redactores. Guía española para el manejo del asma 2.3. Impacto socioeconómico. Disponible en: www.gemasma.com
9. Barnes PJ, Jonsson B, Klim JB. The cost of asthma. *Eur Respir J*. 1996;9:636-42.
10. Borderías Clau L, Zabaleta Murguiondola M, Riesco Miranda JA, Pellicer Ciscar P, 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.
11. Serra-Batlles J, Plaza V, Morejón E, Comella A, Brugués J. Cost of asthma according to the degree of severity. *Eur Resp J*. 1998;12:1322-6.
12. Martínez-Moragón E, Serra-Batlles J, De Diego A, Palop M, Casan P, Rubio-Terrés C, Grupo de investigadores del Estudio Asma-Cost, et al. Ojo falta título. *Arch Bronconeumol*. 2009 cruzada.
13. Antonicelli L, Bucca C, Neri M, De Benedetto F, Sabbatani P, Bonifazi F, et al. Asthma severity and medical resource utilization. *Eur Respir J*. 2004;23:723-9.
14. Godard P, Chanez P, Siraudin L, Nicoloyannis N, Duru G. Costs of asthma are correlated with severity: a 1-yr prospective study. *Eur Respir J*. 2002;19:61-7.
15. GEMA. Guía Española para el Manejo del Asma. 2009. Disponible en: www.gemasma.com