

**Editorial****Evaluaciones económicas en reumatología. Nuevos aprendizajes****Economic evaluations in rheumatology. New learnings**

La artritis reumatoide es considerada una patología de alto costo, según las definiciones operativas para este tipo de condiciones¹. En Colombia, se ha configurado el registro de la Cuenta de Alto Costo, con el fin de contar con una matriz de información homogeneizada para estudiar las características poblacionales de pacientes con enfermedades de alto costo, entre ellas la artritis reumatoide.

A pesar de contar con este registro, a nivel nacional han sido pocas las evaluaciones económicas parciales o completas que aborden el tema de la artritis reumatoide. En la publicación de Quintana et al. se plasmaron los costos de atención según el grado de actividad de la enfermedad, pero no se realizó una evaluación económica completa². Lo anterior no le resta importancia al documento, e incluso permitió determinar el impacto de esta enfermedad en los costos de atención, en especial en pacientes con enfermedad no controlada.

En el contexto internacional, la mayoría de los estudios de este tipo abordan la costo-efectividad o costo-utilidad de dos o más tecnologías en salud. En raras ocasiones se analizan esquemas de atención centrados en la enfermedad o en fases críticas de esta que puedan ser susceptibles de cambios drásticos en la morbilidad o en la estructura de costos, al intervenirlas oportunamente, en especial si se presentan desenlaces sanitarios favorables.

Intuitivamente, es posible mencionar varias características de la artritis reumatoide que obligan a emplear más recursos financieros en la atención de la enfermedad, para lograr mejores resultados. Entre ellos se puede mencionar el tiempo de evolución, la asociación con otras comorbilidades, la presencia de factores pronósticos (p. ej., daño estructural acelerado, tabaquismo, anticuerpos factor reumatoide y antípíptido cíclico citrulinado en títulos elevados), o los determinantes sociales¹. Por esto, una evaluación económica que parte de la comparación de lograr metas de control de la

enfermedad en dos escenarios temporales distintos de la artritis reumatoide (temprana vs. establecida) permite observar diferencias del costo de oportunidad en la atención de la condición. Por consiguiente, es pertinente considerarlo un proxy de gran parte de los determinantes de la salud que aumentan los costos de atención y son diferenciales al momento de tratar una artritis reumatoide de inicio temprano o establecido¹.

Con los antecedentes anteriores, es de resaltar la publicación de Sarmiento-Peña et al.³, que corresponde a una evaluación de costo-efectividad completa, la cual permite analizar el comportamiento de las estructuras de costos y la efectividad, centrada en lograr metas del control de la artritis reumatoide en el inicio temprano, en comparación con el establecido. Cumple con todos los lineamientos metodológicos, de acuerdo con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)⁴. Sin embargo, es importante hacer unas precisiones para poder ilustrar al lector los datos relevantes del documento.

Vale la pena resaltar la perspectiva que se escogió del tercer pagador o del sistema de salud, dada la disponibilidad de la información de costos directos. Idealmente, se debería contar también con los costos indirectos, que corresponden a aquejados en los cuales se incurre por la pérdida de la capacidad laboral. La artritis reumatoide durante la fase de enfermedad establecida presenta un mayor daño estructural con respecto a la temprana, por tanto, es un aspecto relevante que obliga a explorar el comportamiento de estos costos en publicaciones futuras⁴.

Igualmente, al considerar el concepto de costo-oportunidad, los sistemas de salud deben elegir entre varias opciones para resolver distintas prioridades en salud, lo cual involucra decisiones financieras, habida cuenta de las limitaciones presupuestales existentes. Por lo anterior, es aconsejable incorporar en la regla de decisión de las

evaluaciones económicas, el análisis de costo-utilidad, que permite la comparación entre varias alternativas con el uso de los años de vida ajustados a calidad (AVAC)⁴.

Al momento de revisar el artículo, se debe tener en cuenta la tasa representativa del mercado, especialmente ajustándola con la divisa predominante y con una menor fluctuación, con el fin de facilitar la comparabilidad con publicaciones similares a nivel regional.

El emparejamiento por *Propensity Score Matching* (PSM) permite que dos poblaciones obtenidas por muestreo no probabilístico sean emparejadas por características de los sujetos, no relacionadas con la(s) variable(s) de desenlace, lo cual facilita la comparación de ambas⁵. Dentro de la zona de soporte común, en el trabajo de Peña et al. se pudo establecer la efectividad de lograr metas en dos fases temporales distintas de la enfermedad. Esto facilitó la construcción del caso base, empleando un modelo de árbol de decisión que representa el razonamiento del clínico en torno a lograr o no metas en los dos momentos mencionados de la enfermedad, para lo cual se tuvo en cuenta un horizonte temporal de seis meses. A simple vista, para una enfermedad de curso crónico, seis meses parecen un periodo de tiempo corto. Sin embargo, al comparar la fase temprana con la establecida, los resultados de las decisiones terapéuticas deben conducir a lograr metas dentro de seis meses⁶. En el estudio de Stephen et al. se realizó una evaluación económica a partir de los resultados de un experimento clínico. Se extrajo la información de efectividad de tres tipos de terapias (metotrexate solo vs. metotrexate más biológico, vs. biológico solo) en casos severos de artritis reumatoide de inicio temprano⁷. Se construyó una matriz de costos que se incorporó, junto con las medidas de efectividad, a un modelo de simulación de eventos discretos, con lo cual se estimó la razón de costo-efectividad con un horizonte temporal de 30 años⁸. Dentro de los resultados, es de resaltar que intervenir en fases tempranas de la enfermedad es costo-efectivo. Igualmente, se destaca que el ahorro en gastos futuros, producto de un menor daño estructural a largo plazo, es patente con la observación del fenómeno a largo plazo o producto de la iteración por medio de simulación empleando modelos probabilísticos⁹. El estudio de Sarmiento-Peña et al. transmite un mensaje adicional contundente a los tomadores de decisión: se requieren más recursos financieros para lograr metas en fases tardías de la enfermedad.

El estudio de Sarmiento-Peña et al. invita a la comunidad médica de reumatólogos a explorar formas novedosas con el fin de hacer evaluaciones económicas empleando la minería de datos, a partir de registros clínicos institucionales o nacionales. Con esta información se pueden emplear técnicas de análisis para estudios no experimentales como el PSM, realizada en este estudio, u otras como, por ejemplo, diferencias en diferencias, regresión discontinua o variables instrumentales¹⁰. Así, resulta posible conformar escenarios de investigación para construir información propia y desarrollar mejores escenarios de eficiencia en la práctica de la reumatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la artritis reumatoide en Colombia. Cuenta de Alto Costo; 2022. Disponible en: <https://www.iets.org.co/>
2. Quintana G, Mora G, González A, Díaz Díaz J. Costos directos de la artritis reumatoide temprana en el primer año de atención: simulación de tres situaciones clínicas en un hospital universitario de tercer nivel en Colombia. Biomédica. 2009;29:43, <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v29i1.40>.
3. Sarmiento-Peña C, Quintana-López G. Cost-effectiveness analysis of the early versus established phase clinical approach in a cohort of patients with rheumatoid arthritis in a fourth level health care institution in Colombia. Rev Colomb Reumatol. 2023 <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.06.004>
4. Guerrero R, Parody E, Guevara C. Guía metodológica para la realización de evaluaciones económicas en el marco de Guías de Práctica Clínica. Fundación Santa Fe: Bogotá; 2014.
5. Austin PC. An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. Multivariate Behav Res. 2011;46:399-424, <http://dx.doi.org/10.1080/00273171.2011.568786>.
6. Toro-Gutiérrez CE, Arbeláez-Cortés Á, Fernández-Aldana AR, Mejía-Romero RA, Méndez Patarroyo P, Quintana LG, et al. Clinical practice guidelines for the early detection, diagnosis, treatment, and follow-up of patients with rheumatoid arthritis. Colombian Association of Rheumatology, 2022. Rev Colomb Reumatol. 2024;31:205-22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.02.001>.
7. Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF, Cohen SB, Pavelka K, van Vollenhoven R, et al. The PREMIER study: A multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. Arthritis Rheum. 2006;54:26-37, <http://dx.doi.org/10.1002/art.21519>.
8. Stephens S, Botteman MF, Cifaldi MA, van Hout BA. Modelling the cost-effectiveness of combination therapy for early, rapidly progressing rheumatoid arthritis by simulating the reversible and irreversible effects of the disease. BMJ Open. 2015;5, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006560>, e006560 e65610.
9. Quevedo L. Estudio sobre la simulación de eventos discretos. 2014, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.33228.92809>.
10. Bernal R. Guía práctica para la evaluación de impacto. Bogotá: Universidad de los Andes; 2011.

Juan Manuel Bello Gualtero ^{a,b}

^a Superespecialización de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia

^b Servicio de Reumatología, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

Correo electrónico: juanmabello36@gmail.com
0121-8123/© 2024 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text y data mining, AI training, y similar technologies.

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2024.05.001>