



DETERIORO COGNITIVO LEVE

Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia

David Cantarero Prieto

Departamento de Economía, Grupo de I+D+I en Economía Pública y de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Cantabria, Santander, España

RESUMEN

Palabras clave:

Impacto económico
Costes directos
Costes indirectos

Una mayor esperanza de vida ha venido acompañada del correspondiente impacto socioeconómico de una población más envejecida y, entre otras cuestiones, la incidencia de enfermedades relacionadas con el deterioro cognitivo como la demencia. Todo ello afecta de manera especial a los países más desarrollados. En todo caso, cualquier análisis de costes económicos que tenga como objeto a los pacientes afectados por problemas de salud relacionados con dicho deterioro cognitivo y demencias debe tener en cuenta la realidad de sus distintos grados evolutivos, así como efectuarse desde la perspectiva, al menos, del financiador, es decir, del sistema sanitario público. Además, en un tema de gran complejidad y relevancia como este, se precisa considerar en estas enfermedades tanto sus costes de tipo directo sanitarios (medidas de hospitalización, medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades, consultas con especialistas, transportes –p. ej., ambulancias en caso de gravedad–, etc.) como los de tipo directo no sanitarios (cuidados profesionales, cuidados no profesionales, etc.). A todo ello, también han de sumarse los costes indirectos, relacionados con las pérdidas de productividad (bajas laborales, etc.) para este tipo de enfermedades. Por último, y en lo que se refiere al año 2014, puede afirmarse que el coste anual medio total (costes directos e indirectos) en España por cada paciente afectado por deterioro cognitivo, demencia y Alzheimer estaría en torno a los 30.000 euros. Gran parte de dicha carga económica se refiere especialmente a los costes de tipo indirecto que suelen recaer en el individuo afectado por estas enfermedades y sus familiares.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Keywords:
Economic impact
Direct costs
Indirect costs

Economic impact of cognitive impairment and dementia

ABSTRACT

Increased life expectancy has had a corresponding socioeconomic impact due to the ageing population and, among other issues, has increased the incidence of diseases related to cognitive impairment, such as dementia. These changes particularly affect the most developed countries. Any analysis of economic costs aiming to study patients with health problems related to cognitive impairment or dementia should consider the reality of the distinct phases of these disorders and should be conducted from the perspective of the payer, that is, the publicly-funded healthcare system. Moreover, given the complexity and importance of cognitive impairment, there is a need to consider both direct healthcare costs, such as hospitalization measures, medication for the treatment of these diseases, specialist consultations, transport (eg, ambulances in severe cases), and direct non-healthcare costs (eg, professional care, nonprofessional care). In addition, indirect costs (related to productivity losses such as sick leave) must be considered for these diseases. Lastly, in 2014, the annual total mean cost (direct and indirect costs) in Spain for each patient with cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease, was around €30 000. A large part of this economic burden was due especially to indirect costs, which are usually a borne by affected individuals and their families.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Las enfermedades relacionadas con la pérdida de funciones cognitivas de nuestro cerebro van cada vez más en aumento y gran parte de la población padecerá alguna de ellas a lo largo de su vida.

En este sentido, puede entenderse que el deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales de un individuo, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual o conducta, lo que puede interferir con la actividad e interacción social de dicho individuo en cuestión.

Asimismo, tanto el deterioro cognitivo como la demencia se constituyen como conceptos similares, aunque se diferencian por el nivel de alteración que causan al individuo desde que Philippe Pinel introdujese el término demencia en el siglo XVIII, para señalizar de este modo la pérdida de funciones cognitivas de un cerebro previamente normal.

Igualmente, es importante destacar que la incidencia, tanto del deterioro cognitivo como de la demencia, se ha acrecentado de manera muy relevante desde la década de los cincuenta del pasado siglo, en consonancia con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento, principalmente en las poblaciones de los países desarrollados.

Por consiguiente, a mayor edad, más riesgo de sufrir deterioro cognitivo, aunque la demencia es un cuadro clínico, muchas veces irreversible, que puede deberse a múltiples factores-causas: enfermedad de Alzheimer y sus variantes, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, etc.

En este contexto, el impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia ha sido estudiado por diversos autores tanto dentro^{1,2} como, sobre todo, fuera de nuestras fronteras³⁻⁶. Así, por ejemplo, en Wimo et al⁷ se estima que los costes totales mundiales de la demencia se habrían incrementado un 35% desde 2010, estando a su vez concentrados en un 86% en los países más desarrollados. Y es que, más allá de estas cifras, el incremento del coste global de enfermedades como la demencia presionará la sostenibilidad financiera de las cuentas públicas de todos los sistemas sanitarios y sociales, sin perjuicio de que hayan de implementarse políticas para garantizar una mejor calidad de vida para las personas afectadas por la demencia.

En todo caso, y a semejanza de lo que se hace en la mayoría de estudios académicos previamente publicados, cualquier análisis de costes económicos en casos como los de los pacientes afectados por problemas de salud relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia debería realizarse según sus distintos grados evolutivos, así como desde la perspectiva, al menos, del financiador o sistema sanitario público.

De esta manera, la hipótesis básica es que el coste directo de este tipo de enfermedades avanza a medida que estas lo hacen (especialmente, a medida que la edad de los sujetos es mayor) y, a su vez,

podría aproximarse el coste relacionado con ellas si entendemos que ahí se incluiría todo lo relacionado con la pérdida de productividad laboral.

En concreto, según la tabla 1, para poder estimar los costes asociados a enfermedades como estas se deben considerar determinados aspectos. En primer lugar, figuraría la perspectiva del estudio, puesto que de ello dependerán los costes económicos que se incorporen finalmente al análisis económico. Sin embargo, la propia disponibilidad de datos actualizados y reales puede condicionar los resultados finales en términos de costes que se obtengan.

Por tanto, la perspectiva más conocida para calcular la carga económica de enfermedades como el deterioro cognitivo y la demencia es la del proveedor o financiador (prestador del servicio), ya que solo comprende los costes directos, tanto sanitarios como no sanitarios. Asimismo, también puede adoptarse la perspectiva del paciente y sus costes indirectos, para así considerar los principales costes y efectos que experimentarían los sujetos que padecen este tipo de enfermedad.

Y es que se debe tener en cuenta el enfoque del estudio, pues puede ser de prevalencia o incidencia. El primero se refiere al estudio de costes causados por estas enfermedades en pacientes de una determinada área de salud durante un período dado. El segundo estima los costes que generan estas enfermedades hasta su desenlace, siendo el más útil si se desea estimar el efecto de un tratamiento sobre los futuros costes.

Además, los datos acerca de la utilización de recursos sanitarios para atender a los enfermos de demencia y deterioro cognitivo pueden considerarse desde 2 perspectivas: una sería considerando los costes desde el momento inicial hacia el futuro (prospectiva) y otra al observar las estadísticas de sucesos ya pasados y conocidos (retrospectiva).

Por consiguiente, los costes directos serían aquellos directamente relacionados con el uso de recursos sanitarios a causa de la detección, tratamiento, investigación y seguimiento de este tipo de enfermedades. Se dividen en costes sanitarios (medidas de hospitalización, medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades, consultas con especialistas, transportes –p. ej., ambulancias en caso de gravedad–, etc.) y no sanitarios (cuidados profesionales, cuidados no profesionales, etc.). En cuanto a los costes indirectos podemos entender que ahí estarían incluidos los relacionados con las pérdidas de productividad (bajas laborales, etc.) como consecuencia de las limitaciones generadas en la vida del paciente por la propia evolución de estas enfermedades neurodegenerativas. Si desglosamos todo ello nos encontraríamos con un esquema similar al que se describe en la tabla 2.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y a partir de las diferentes fuentes consultadas (v. referencias bibliográficas), además de diferentes extrapolaciones, en el año 2014 el coste anual medio total (costes directos e indirectos) en España por paciente afectado por deterioro cognitivo, demencia y Alzheimer se situaría cerca de los 30.000 euros. Esta cifra podría a su vez variar según el número de comorbilidades, grado de utilización y asignación de coste unitario de servicios sanitarios (atención primaria, especialista y urgencias), gravedad de estas enfermedades, etc. Cabe también señalar que la mayor parte de costes totales se refiere a los costes de tipo indirecto.

Finalmente, cabe señalar que, además de esta aproximación mencionada a la carga económica de la enfermedad desde la perspectiva de los costes, sería importante que proliferasen en nuestro país estudios de retorno social de la inversión de un abordaje ideal de estas enfermedades y que estos fuesen efectuados desde una perspectiva multidisciplinar. Así, se cuantificaría mejor su impacto en términos clínicos, asistenciales y económicosociales, a fin de planificar de una manera óptima los recursos sanitarios disponibles.

Tabla 1
Estimación de costes económicos en el deterioro cognitivo y la demencia

- Costes directos servicios sanitarios: gestión de estas enfermedades y todas sus posibles complicaciones
 - Visitas sanitarias: atención primaria, especialista, enfermería, otros profesionales, servicios de urgencia, etc.
 - Consumo de medicamentos
 - Hospitalizaciones, primaria, etc.
 - Pruebas y material: diagnósticas y de laboratorio
 - Transporte de tipo medicalizado
 - Otros
- Costes indirectos
 - Pérdidas de productividad laboral (especialmente en el caso de sujetos considerados como población activa y en edad de trabajar)

Tabla 2

Checklist de estudios de costes económicos

| Población de interés |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de inclusión: pacientes \geq edad prefijada, pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo y demencia • Criterios de exclusión: sería necesario determinar el motivo • Fuente y selección de los datos: registros de historias clínicas electrónicas, registros de dispensación farmacéutica, historia clínica de atención primaria • Descripción de las variables de análisis: <ul style="list-style-type: none"> – Variables demográficas: fecha de nacimiento, sexo, nivel de estudios, situación laboral – Variables clínicas: diagnóstico y clasificación, duración de la enfermedad (fecha de diagnóstico), calidad de vida medida con escala prefijada • Mortalidad • Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento prescrito (tipo de administración, dosis, recursos sanitarios necesarios para su aplicación) – Tratamientos previos usados con motivo del deterioro cognitivo y la demencia • Utilización de recursos (habría que indicar también en qué forma se presentará el coste, etc.) • Costes directos sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> – Consultas externas: número de primeras visitas (especialista, otros profesionales, etc.); número de visitas sucesivas (especialista, otros profesionales, etc.) – Atención primaria: número de visitas (médico de familia, enfermería, urgencias de atención primaria, otros profesionales, etc.) – Hospitalización: hospital de ingreso; número de hospitalizaciones en el período; unidad de hospitalización; días de hospitalización, y motivo del ingreso – Servicio de urgencias (hospital): número de visitas a urgencias en el período; motivo de la asistencia de urgencias (deterioro cognitivo y demencia u otros motivos); días de ingreso en urgencias • Tratamientos usados en urgencias y hospitalización en hospital de día • Número de estancias • Tratamientos recibidos (medicación requerida, etc.) • Pruebas diagnósticas relacionadas con deterioro cognitivo y demencia • Pruebas diagnósticas relacionadas con la comorbilidad asociada • Costes indirectos: pérdida de productividad laboral (número de días de baja laboral). Puede aproximarse bien a través de cuestionarios específicos y también a partir del coste laboral total medio de encuestas de coste laboral. Se aplicarían dichos costes a pacientes en edad laboral (no jubilados) • Tipo de análisis descriptivo de las variables • Descripción de las técnicas para minimizar factores de confusión y sesgo en la selección (técnicas de regresión, estratificación, etc.) |

Puntos clave

- La incidencia del deterioro cognitivo, como la de la demencia, se han acrecentado de manera muy relevante, en consonancia con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento, principalmente en los países desarrollados.
- Los costes totales mundiales de la demencia se habrían incrementado desde 2010, estando a su vez concentrados principalmente en los países más desarrollados.
- Cualquier análisis de costes económicos en pacientes afectados por problemas de salud relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia debería realizarse según sus distintos grados evolutivos, así como desde la perspectiva, al menos, del financiador o sistema sanitario público.
- Es necesario considerar en estas enfermedades sus costes directos sanitarios (medidas de hospitalización, medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades, consultas con especialistas, transportes —p. ej., ambulancias en caso de gravedad—, etc.) y no sanitarios (cuidados profesionales, cuidados no profesionales, etc.), además de sus costes indirectos (relacionados con las pérdidas de productividad —bajas laborales, etc.—).
- En el año 2014, el coste anual medio total (costes directos e indirectos) en España por paciente afectado por deterioro cognitivo, demencia y Alzheimer se situaría cerca de los 30.000 eu-

ros, siendo la mayor parte de ellos los referidos a costes de tipo indirecto.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía recomendada

- Knapp M, Iemmi V, Romeo R. Dementia care costs and outcomes: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28:551-61.
- Krol M, Papenburg J, Van Exel J. Does including informal care in economic evaluations matter? A systematic review of inclusion and impact of informal care in cost-effectiveness studies. *Pharmacoeconomics*. 2015;33:123-35.
- Neuroalianza. Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social. Madrid: Neuroalianza; 2016. Madrid.
- Oliva J, Osuna R, Jorgensen N. Estimación de los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas de alta prevalencia en España. *Pharmacoeconomics*. 2007;4:83-96.
- Scuvee-Moreau J, Kurz X, Dresse A; National Dementia Economic Study Group. The economic impact of dementia in Belgium: results of the National Dementia Economic Study (NADES). *Acta Neurol Belg*. 2002;102:104-13.
- Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina AM, Wingblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement*. 2017;13:1-7.
- Wübker A, Zwakhalen SMG, Challis D, Suhonen R, Karlsson S, Zabalegui, et al. Costs of care for people with dementia just before and after nursing home placement: primary data from eight European countries. *Eur J Health Econ*. 2015;16:689-707.