

Análisis económico en un servicio de reumatología: análisis de costes en artritis reumatoide

Federico Navarro Sarabia

Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Dependiendo del objetivo del análisis, existen varios aspectos a considerar en un análisis de costes en artritis reumatoide (AR). Pueden determinarse los costes totales generados por la artritis reumatoide mediante estudios de coste-identificación; el objetivo puede ser determinar los incrementos de costes por causa de la AR y el tercer aspecto relevante es la evaluación económica de las nuevas tecnologías de salud aplicadas a la AR.

Los estudios de identificación de costes se pueden realizar adoptando diferentes estrategias. Una de ellas es calcular los costes sobre una muestra de pacientes aleatorios de una población nacional. Son los estudios basados en encuestas nacionales de salud; su fortaleza reside en que son bastante representativos, y su debilidad en la inexactitud. Otra estrategia es realizar los estudios sobre muestras clínicas. Estos estudios son más precisos y también más fáciles de realizar aunque pueden ser menos representativos. Y una tercera forma mucho más imprecisa y menos representativa, pero más sencilla y factible, es la identificación de costes sobre escenarios clínicos.

Los diversos estudios publicados sobre costes en AR coinciden en que los costes directos son elevados, aunque es mucho mayor el impacto de los

costes indirectos. De una simple mirada a tales estudios se desprende una gran variabilidad, atendiendo a la metodología usada, el ámbito en el que se hiciera el estudio, etc.

En 1997 se realizó en nuestro servicio un estudio retrospectivo basado en escenarios clínicos con el objetivo de identificar los costes directos derivados del cuidado de la artritis en nuestro medio. Se clasificaron los pacientes en cinco grupos según actividad de la enfermedad siguiendo unos criterios previamente establecidos en: actividad leve, actividad moderada y actividad grave. Los otros dos grupos los formaban los pacientes con ingreso hospitalario con o sin cirugía. Se tomó una muestra de 5 pacientes por escenario, y se evaluaron los principales costes directos aunque sin incluir visitas a médico de cabecera o la prestada por otros especialistas. Las conclusiones del estudio fueron que en pacientes que tenían actividad moderada de la enfermedad, la mayor parte del coste se debía a la medicación, y los gastroprotectores comportaban la mayor parte del gasto en el manejo de estos pacientes. En aquéllos que tenían enfermedad grave, el coste ascendía de una manera considerable, y aquí ya no era la gastroprotección sino el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad el que repercutía hasta un 84% del gasto total. Cuando los pacientes tenían un ingreso quirúrgico el gasto se multiplicaba y, fundamentalmente, era la cama y la prótesis el mayor componente del gasto debido a la AR.

A partir de los datos de la bibliografía y de los propios, podríamos concluir que el 50% del total de los costos directos se origina por ingresos hospitalarios y cirugía en fases avanzadas de la enfermedad. En pacientes sin ingresos, los costes de la medicación son el principal contribuyente al gasto y están determinados por la actividad de la enfermedad: a mayor actividad, más uso de recursos y más gasto.

De los datos de la bibliografía se obtiene que el 70% del gasto de la AR se debe a costes indirectos. Lo cual nos lleva a la conclusión de que el impacto

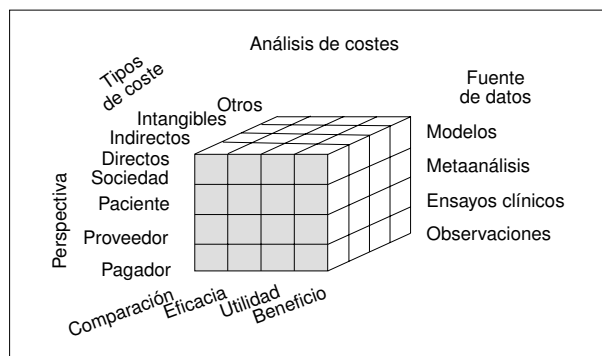


Figura 1. Esquema del análisis de costes derivados de la propia enfermedad y de la actuación terapéutica médica.

socioeconómico de la discapacidad es muy grande. Como continuación de este análisis se ha planteado realizar un estudio económico y de calidad de vida en pacientes con AR a nivel nacional, que se está desarrollando en la actualidad. Los objetivos principales son estimar el coste de la AR en España y el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida. Analizar las relaciones entre coste y calidad de vida y evaluar cuáles son los determinantes de los costes en la AR. Es un estudio multicéntrico, longitudinal, prospectivo que incluye a 10 hospitales (se ha procedido a una estratificación a fin de que la muestra sea representativa) en el que se van a incluir a 400 pacientes. Se evaluarán costes directos e indirectos mediante cuestionarios validados, y calidad de vida mediante cuestionarios genéricos, específicos y de utilidades. Los datos permitirán conocer de una forma precisa la situación de estos interesantes aspectos en nuestro país.

Otro aspecto de la evaluación económica es la evaluación de nuevas tecnologías en AR. La justificación de estos estudios viene determinada por varios hechos: los recursos son limitados y la manera

de gastarlos infinita; las nuevas tecnologías son siempre más caras; alguien paga y es necesario encontrar un equilibrio para ofrecer a los pacientes el mayor beneficio al menor coste. Recientemente han aparecido nuevos fármacos antiinflamatorios, fármacos modificadores de la enfermedad y fármacos anti-TNF que comportan un incremento del gasto sanitario en medicación.

Hay varios tipos de análisis de costes dependiendo de la perspectiva desde la que se planteen, el tipo de costes analizados y la fuente de datos utilizada. Los estudios de comparación de costes o minimización de costes son aquéllos en los que los beneficios clínicos de las alternativas terapéuticas o diagnósticas que se están analizando son iguales. Cuando la eficacia es diferente, se puede proceder a hacer estudios de coste-eficacia, evaluando el coste en pesetas o en euros, y la eficacia en unidades clínicas, análisis de coste-utilidad donde las unidades de efectividad son traducidas a unidades de calidad de vida, y el análisis coste-beneficio en el que se evalúa ambos resultados en dinero (fig. 1).

En una evaluación económica completa hay que analizar fundamentalmente costes directos e indirectos; los intangibles son más difíciles de analizar. Y siempre se debería incluir una perspectiva social. La mayoría de los estudios que se nos presentan son desde el punto de vista del proveedor o de un tercer pagador. En la reunión celebrada en Toulouse del grupo OMERACT, se llegó a un consenso para la evaluación económica de nuevos fármacos en A.R. (J Rheumatol 2001;28:640-8): definir quién paga el estudio y evitar el posible conflicto de interés; definir población diana y características de los enfermos de la muestra; realizar estudios coste-efectividad y coste-utilidad; incluir una perspectiva social; describir diseño experimental de los estudios primarios; definir desenlaces; incluir calidad de vida, y evaluar la toxicidad.