

El coste de la cronicidad

1. ¿Para qué queremos conocer el coste de la cronicidad?

El coste de la enfermedad, o la carga de la enfermedad (*disease burden*) es un referente sobre el alcance del problema. Pero detrás de la cifra lo que se puede estar buscando, en un contexto de abogacía para la salud, es una justificación del gasto (“inversión”) en medidas que reduzcan la carga de la enfermedad. En este sentido, conviene deslindar, con la precisión de un bisturí, abogacía y ciencia. El riesgo es alto porque no hay una metodología estándar de estudios de coste de la enfermedad, todavía quedan aspectos cruciales por estandarizar (enfoque *top-down* o *bottom-up*? ¿hay que incluir el sobrecoste por ineficiencias?). Estandarizar la metodología es un reto para la Economía de la Salud. Además, el coste de la enfermedad depende fuertemente, en lo que concierne al coste sanitario directo, de los precios y de las tecnologías. El coste del tratamiento del cáncer se ha disparado porque hay tratamientos de primera, segunda y tercera línea cuyos precios multiplican los de la era *pre-zumab*. Otro ejemplo es la medicina defensiva, las pruebas y tratamientos médicos innecesarios que ya representan en EEUU el 20% del gasto sanitario¹.

Hay dos publicaciones muy recientes que vienen al acaso. La primera² explora el impacto económico y en salud de recibir un diagnóstico de persona “marginamente enferma” (terminología de los autores). Específicamente, se refiere a la pre-diabetes y el estudio es para EEUU. Estos pacientes, a los que han seguido durante 6 años, gastan al año unos \$1,097 más en atención sanitaria relacionada con la diabetes, pero su salud no mejora (ni el IMC, ni la tensión, colesterol o mortalidad). Globalmente, para el país supone 2,400 millones de \$ anuales más de gasto sanitario. La segunda publicación³ que nos sirve de ejemplo muestra que en las últimas dos décadas en Inglaterra el porcentaje de personas mayores que sufren depresión no ha cambiado pero su consumo de antidepresivos se ha multiplicado, específicamente entre los que viven en residencia el consumo aumentó del 7.4% de las personas al 29.2%.

¹ Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB. Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine. Health Serv Res. 2017. doi: 10.1111/1475-6773.12660

² Mattan Alalouf, Sarah Miller, Laura R. Wherry “What Difference Does a Diagnosis Make? Evidence from Marginal Patients” NBER Working Paper No. 26363, Octubre 2019

³ Antony Arthur et al. Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. The British Journal of Psychiatry (2019) doi: 10.1192/bjp.2019.193

También queremos conocer el coste de la cronicidad para saber cuándo y dónde intervenir, y esto implica tener un modelo epidemiológico (causa-efecto) y un modelo económico, y mueve el foco de nuestro interés del coste total al coste evitable con intervenciones o políticas.

El Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) mantiene el Proyecto *Global Burden of Disease*⁴ que con metodología homogénea estima la carga de la enfermedad en términos de mortalidad y de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (DALYs) y su evolución temporal, por países para todo el planeta. Este macro-proyecto publica regularmente en Lancet sus datos. En España las enfermedades cardiovasculares, los neoplasmas y los problemas musculoesqueléticos son las tres primeras causas de pérdidas de DALYs, las enfermedades mentales están en quinta posición en DALYs pero mucho más abajo (posición 11) como causa de mortalidad. ¿Qué es lo relevante, desde la perspectiva de la medida de la carga económica de la enfermedad, los DALYs perdidos o las vidas perdidas?. Depende de la perspectiva.

2. Un mundo feliz. Los costes evitables de las enfermedades crónicas

Imaginemos por un momento un Mundo Feliz. No hay pobreza, ni problemas medioambientales o laborales, toda la población hace el ejercicio físico recomendado y sigue la dieta mediterránea, nadie fuma, nadie bebe alcohol sin moderación... Aun así, habría enfermedades crónicas porque, al fin y al cabo, son una señal de éxito de la lucha contra las infecciones, y porque el cuerpo se desgasta y de algo hay que morir. La pregunta es en ese mundo feliz y ortoréxico ¿cuál sería el coste de la cronicidad? Porque lo que interesa saber no es tanto el coste de la cronicidad sino el coste atribuible a factores de riesgo que en principio están bajo control de las personas y los gobiernos. Si volvemos de nuevo al IHME vemos que la mayor parte de las enfermedades crónicas que matan a los españoles (enfermedad isquémica del corazón, ictus, diabetes tipo 2, cáncer de pulmón, oral, colorectal o de esófago, o EPOC), tienen causas atribuibles y en su mayor parte corresponden a riesgos conductuales (tabaco, alcohol, dieta) y metabólicos. Factores de riesgo individuales -tabaco, baja actividad física, dieta- son los grandes responsables. En un estudio⁵ estimamos el coste social de la enfermedad (crónica) potencialmente prevenible en España, específicamente diabetes tipo 2, enfermedad isquémica del corazón y fracturas óseas por osteoporosis. La prevención en ese caso sería eliminar del mapa el tabaco, el alcohol y el sedentarismo, y optimizar la dieta. La conclusión es que esas tres enfermedades nos cuestan unos 26.000 millones de € anuales (3.15% del PIB), de los que el 62% es prevenible con cambios en factores

⁴ <http://www.healthdata.org/gbd>

⁵ B. González López-Valcárcel, J. Pinilla, P. Barber. El coste de la enfermedad potencialmente prevenible en España. 2017, 57 páginas. FUNDACIÓN MAPFRE
https://www.grupoaseguranza.com/adjuntos/fichero_22844_20171114.pdf

de riesgo conductuales, y entre ellos destacan el sedentarismo (5.153 millones €) y, sobre todo, la dieta (10.483 millones de €).

3. ¿Vale la pena tal o cuál política? El principio del coste-efectividad (y el impacto presupuestario)

El coste-efectividad se ha convertido en un principio consensuado socialmente para priorizar y tomar decisiones de asignación de recursos en una sociedad, también en España. No es solo un principio de eficiencia, también lo es de equidad, un criterio moral porque hay un coste de oportunidad de los recursos destinados a un fin, por muy legítimo que sea, se pierden para otros fines.

El coste-efectividad, que se refiere siempre a grupos (jamás a pacientes o personas individuales) está detrás del nuevo paradigma de los sistemas sanitarios basados en el valor, la UE ha designado un panel de expertos sobre el tema⁶. Importa el coste-efectividad de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para reducir la cronicidad, pero también importa la oportunidad, el impacto presupuestario. Hay ejemplos bien conocidos, como los medicamentos para dejar de fumar o más generalmente tratamientos médicos cuyo precio está a punto de desplomarse por las condiciones del mercado y la emergencia de competidores cuando vence la patente o se autorizan otros medicamentos para la misma indicación. Los tratamientos contra la hepatitis C, altamente eficaces y coste-efectivos, supusieron un esfuerzo financiero disruptivo para los países desarrollados (España gastó en un solo año cerca de 1.500 millones de € en esos medicamentos). En la medida en que se está intercambiando presente y futuro, inevitablemente el Ministerio de Hacienda interviene la sanidad. En el caso del plan contra la hepatitis C, del que podemos aprender mucho, gracias a esa intromisión tenemos datos de gasto hospitalario en España. Paradójico ¿no es cierto?

4. La perspectiva social ¿Quién soporta el coste?

Pero si hay que saber cuanto cuesta la cronicidad, cuanto cuesta la cronicidad evitable con cambios de comportamiento y políticas, es igualmente importante saber quién financia o quien soporta los costes. Porque en unas enfermedades mas que en otras, una gran parte de los costes son invisibles al estar fuera del radar del mercado. Los soportan las familias. Son los costes de los cuidados informales.

¿Cuánto cuesta morir? Puesto que nos morimos de enfermedades crónicas, que son caras de tratar, el gasto sanitario en los últimos meses de vida es muy elevado. Una corriente de la economía de la salud estudia los cuidados al final de la vida, y ha obtenido resultados muy interesantes. En los países occidentales desarrollados, el gasto sanitario en los últimos 12 meses de vida es individualmente elevado (US\$62,672 en Dinamarca,

⁶ https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/024_valuebasedhealthcare_en.pdf

US\$64,473 en los Países Bajos, US\$ 80,094 en EEUU) pero apenas un 10% del gasto sanitario agregado. La mayor parte corresponde a gasto hospitalario, pero una parte importante son cuidados de larga duración, esa frontera entre lo sanitario y lo socio sanitario que está fuera de cobertura de seguro público en muchos países. Los cuidados de larga duración en los últimos 12 meses de vida (entre \$10, 000 y \$ 15,000 en Europa) representan en agregado más del 20% del gasto en cuidados de larga duración en la mayor parte de los países estudiados. Una gran parte son cuidados informales en la familia, fuera del mercado, y no entran en las estadísticas. Por eso, en comparaciones internacionales, España tiene un gasto tan bajo en cuidados de larga duración (ver figura).

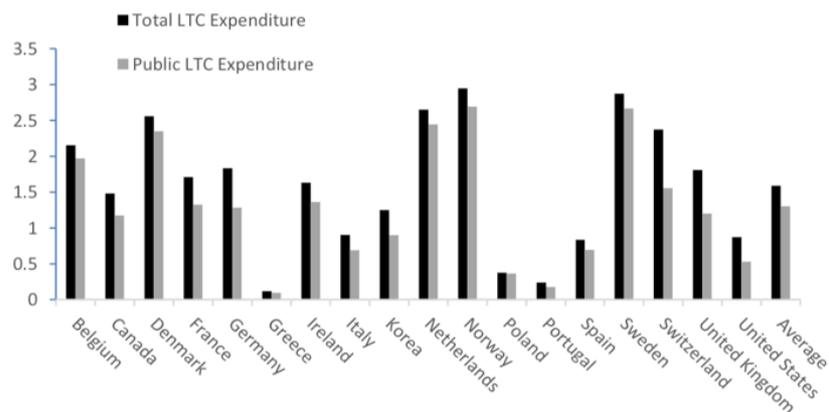


Figure 4.2: Long-Term Care Expenditures in the OECD, as Percentages of GDP, 2016

Source: OECD (2018). This figure is an updated version of Figure 1 in Brown & Finkelstein (2011).

Notes: Figure shows total expenditures and public LTC expenditures as percentages of GDP for various OECD countries. Public LTC expenditure data for the U.S. are not available for 2016; this spending is inferred by assuming that the public share of total LTC expenditures in 2016 was the same as in 2013.

Estudios metodológicamente comparables han cuantificado para España (y para hace una década más o menos) el coste social de tres enfermedades crónicas, la enfermedad cerebrovascular⁷ (6,997 millones €), el cáncer⁸ (9,106 millones €) y las demencias⁹ (14,557 millones €). En las dos primeras, el 17% de ese coste corresponde a cuidados informales, pero en las demencias es el 68% del total.

5. Conclusión

La cronicidad tiene un alto coste social, sanitario y no sanitario, y no solamente interesa conocer el coste de la enfermedad sino sobre todo la parte de ese coste que es atribuible a causas modificables y la carga que supone la cronicidad para quienes afrontan su coste, con particular atención a esa parte invisible que representan los cuidados informales en la familia, que para algunas enfermedades crónicas supone hasta dos tercios del coste total

⁷ Leal, J., Luengo-Fernández, R., Gray, A., Petersen, S., & Rayner, M. (2006). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European heart journal*, 27(13), 1610-1619.

⁸ Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., & Sullivan, R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The lancet oncology*, 14(12), 1165-1174.

⁹ Luengo-Fernandez, R., Leal, J., & Gray, A. M. (2011). Cost of dementia in the pre-enlargement countries of the European Union. *Journal of Alzheimer's Disease*, 27(1), 187-196.