



El camino de baldosas amarillas para estimar los costes del asma

CARLOS B. RODRÍGUEZ

Redactor Jefe de El Global

El asma es una enfermedad de alta prevalencia, con importantes implicaciones en la salud y que genera una importante utilización de recursos. En España existe un número importante de estudios que han perseguido cuantificar sus costes, pero sus resultados son difícilmente comparables dado que cada uno se ha realizado con su propio enfoque metodológico. Había una clara necesidad no atendida de una guía específica que alumbrase el camino. Este es el hueco que vienen a ocupar GECA, la primera Guía metodológica para la Estimación de Costes en Asma.

KEY WORDS: medición de costes, asma, evaluación económica, GECA.

Todo camino, por largo que sea, se empieza a recorrer dando un paso. En el campo del asma, ese paso lo han dado los economistas de la salud Marta Trape-ro (Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Internacional de Cataluña) y Juan Oliva (Departamento de Análisis Económico y Finanzas de la Universidad de Castilla-La Mancha). El resultado lleva por nombre GECA, cuenta con el patrocinio de Mundipharma y está llamado a convertirse en aliado imprescindible de todos aquellos investigadores, decisores y gestores de políticas sanitarias en su particular camino de baldosas amarillas para estimar y medir los costes en un área relevante y de gran trascendencia social.

GECA es la sigla bajo la cual se presenta la Guía metodológica para la Estimación de costes en Asma, la primera dirigida de manera específica a este campo. Pretende ser un faro, una hoja de ruta que ofrezca tanto a investigadores como a decisores y gestores de políticas sanitarias una orientación metodológica para realizar o interpretar de manera crítica los estudios de coste del asma, extrayendo la mayor información relevante de los mismos con objeto de mejorar su propia investigación o de servir de apoyo al proceso de toma de decisiones en el ámbito sanitario.

LA MEDICIÓN DE COSTES EN ASMA

Todo problema de salud tiene sus peculiaridades, bien sea por el perfil de población que la padece, bien por las consecuencias adversas de las mismas. En el caso del asma, estamos ante un problema de salud de carácter crónico y de alta prevalencia, que puede disminuir sensiblemente la calidad de vida. Según la Organización Mundial

de la Salud (OMS) es la séptima enfermedad más prevalente en el mundo, con más de 300 millones de afectados, siendo la cifra de pacientes en Europa de alrededor de 29 millones. Se prevé que las muertes por asma aumentarán en casi un 20 por ciento en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes (OMS, 2011).

Todo ello da como resultado una patología que absorbe importantes recursos sanitarios y no sanitarios. Los numerosos trabajos que han cuantificado los costes del asma (o la carga económica de la enfermedad) han confirmado el importante impacto económico, tanto para los sistemas sanitarios como para la sociedad, asociado a esta patología. Pese a la heterogeneidad de sus resultados, todos coinciden también en que la mayor parte de los recursos





sanitarios son consumidos por un reducido grupo de pacientes asmáticos graves mal controlados. Los pacientes con un buen control tienen una buena calidad de vida y un coste sanitario y social moderado o bajo. En cambio, si aparecen descompensaciones el coste se incrementa de manera exponencial y la calidad de vida de las personas cae abruptamente.

Identificar los recursos necesarios y medir el uso de esos recursos son dos elementos esenciales para revelar el impacto económico de toda enfermedad, y como tal forman parte del proceso de evaluación de las intervenciones o programas relacionados con cada patología. Uno de los elementos clave es decidir la perspectiva del análisis y los costes que deberían incluirse en el mismo. Si bien la decisión en la elección de costes irá guiada por el objetivo y la perspectiva adoptada, teniendo en cuenta los recursos disponibles (humanos, económicos, técnicos y de tiempo), ciertamente, no existía hasta ahora un manual *intra* o *inter* países que ayudara a tomar la decisión de qué enfoques o tipos de coste deberían ser incluidos en un análisis para el asma y cuál es la mejor manera de presentarlos.

¿Enfoque *top down* o *bottom up*? ¿Diseño prospectivo o retrospectivo? ¿Cuál será la perspectiva adoptada? ¿Abordaje de incidencia o

de prevalencia? Ayudar a encontrar respuestas a estas preguntas es el objetivo de GECA, como una herramienta facilitadora para sistematizar la información y que permite conocer las fortalezas y debilidades de un determinado diseño de estudio.

Medir, por tanto, como forma de invertir en eficiencia... Pero sobre todo medir correctamente. En la base del proyecto GECA y de otros trabajos similares subyace la voluntad de afrontar y resolver uno de los problemas centrales del sistema sanitario: hacer compatible su viabilidad o sostenibilidad con la incorporación de las innovaciones, en beneficio de los pacientes, sobre todo si son disruptivas... Un asunto que en ocasiones presenta aristas sin pulir. En una de ellas se fija Félix Lobo, profesor emérito de la Universidad Carlos III de Madrid, en el prólogo de la guía GECA. Su publicación, dice, viene a poner de manifiesto, “una vez más, la anomalía de que en España los estudios de eficiencia no se exijan legalmente, ni para las decisiones de financiación pública ni para las de fijación de precios de los medicamentos”, a diferencia de Francia, Inglaterra, Alemania, Suecia o Portugal. “La guía –apunta Lobo– es un aprueba más de que disponemos de capacidad técnica para dar este paso”.

Los autores de la guía matizan que en realidad la ley sí contempla la evaluación económica como un requisito para tomar decisiones. Otra cuestión es la transparencia del proceso. “Es tan opaco que salvo los altos funcionarios de la Dirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y los miembros de la Comisión Interministerial de Precios del Medicamento nadie más sabe si se piden sistemáticamente, cómo se piden y qué se hace con ellos. Podríamos acuñar un neologismo ‘transparencia ministerial’, que al tiempo es un oxímoron”, asegura Oliva. Como consecuencia de esta situación, las decisiones de financiación pública y las de fijación de precios de medicamentos no son transparentes y no rinden cuentas a la ciudadanía, a diferencia de otros países europeos. “En estos, las decisiones no son mejores, pero sí más transparentes que aquí”, añade Trapero.

LA GUÍA GECA

El proyecto se desarrolló siguiendo una metodología similar al método Delphi. Se realizaron dos rondas de intercambio (una presencial y una telefónica o vía email) de un comité científico formado por nueve expertos de demostrada expe-

riencia en asma y/o costes o bien en la asignación de recursos o gestión sanitaria, procedentes del ámbito académico, clínico y de gestión. La primera ronda sirvió de base para consensuar todos los aspectos relevantes a considerar en un estudio de costes; en la segunda, el Comité Científico revisó el contenido y la estructura de la guía, aportando comentarios y sugerencias al respecto. Se hizo especial hincapié en el apartado metodológico y de datos, así como en ejemplos concretos.

Ambas reuniones sirvieron para potenciar el intercambio de conocimiento, experiencias y buenas prácticas en el ámbito multidisciplinar de los costes del asma. En una última fase del proyecto, no presencial, se depuró la versión final del documento, cuyo contenido cuenta con la aprobación del grupo de expertos al completo.

La Guía se envió a distintos centros de decisión sanitaria e instituciones sanitarias para recabar opiniones externas al grupo de expertos que han participado en la elaboración de esta guía. Aquellos que han colaborado en él están abiertos a recibir el feedback de los interesados (investigadores, decisores, asociaciones de pacientes...) como antesala de una posible revisión futura para mejorar su contenido e incorporar avances metodológicos.



ENTREVISTA A **Marta Trapero Beltrán** y **Juan Oliva**
AUTORES DE LA GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ESTIMACIÓN DE COSTES EN ASMA

Pregunta. Existe un importante cuerpo de trabajos sobre los costes del asma, que confirman la importante carga económica asociada a esta patología. ¿Hay mucha variabilidad entre ellos?



Sí, existe variabilidad entre los diferentes estudios de costes del asma publicados. Esto se puede deber al hecho de que no existe un listado aceptado comúnmente de qué costes deben incluirse y qué costes no en un estudio de costes del asma, y que en diferentes países y territorios pueden existir diferentes precios del consumo de recursos sanitarios. Por eso es importante que si se quieren adoptar datos de estudios de costes de otros países se estudie la transferibilidad de los datos a ese territorio en particular.

Efectivamente, existe una alta variabilidad, en parte debida a que los enfoques metodológicos no son homogéneos, pero también a que la disponibilidad de datos en el estudio del impacto económico de las enfermedades no siempre es el idóneo.



P. ¿Existe una forma ideal de acercarse al estudio de los costes del asma?

Existen varias posibilidades, dependiendo del objetivo del estudio, de a quién va dirigido (planificador sanitario, pacientes, comunidad científica, sociedad), de los recursos disponibles (tiempo, personal, información,...), etc. No existe el estudio ideal, por tanto, si bien hay diseños que responden mejor a ciertos objetivos que otros.



Por eso creemos que es importante esta guía de costes del asma. Su objetivo es ayudar y guiar a los investigadores y profesionales de la salud a saber qué

pasos se deberían seguir y que elementos o variables se deben tener en cuenta para realizar un estudio de costes del asma. Dependiendo de la perspectiva del estudio y de la disponibilidad de información se pueden hacer unas recomendaciones u otras para realizar el estudio de costes.

P. Para estimar los costes de una enfermedad como el asma se puede utilizar, para empezar, una metodología bottom-up o una top-down. ¿Qué ventajas y desventajas se asocian a cada una de ellas?

Los dos métodos son útiles. El top down permite aprovechar información disponible, suele facilitar procesos de análisis más ágiles y favorece el estudio de coste del asma a nivel poblacional. El método bottom up suele ir unido a una obtención de información más precisa y a la selección ex ante de las variables de interés. La contrapartida es que suelen ser más costosos de realizar y, en caso de ser prospectivos, los periodos de análisis se dilatan más en el tiempo.



Solo añadir que el método bottom up facilita la transparencia y la replicabilidad gracias a la precisión con la que se detalla la información. La elección final de qué método utilizar dependerá del objetivo del estudio, de la riqueza de los datos y de los medios y tiempo de los que se disponga, comparando las alternativas disponibles.



P. Más elecciones a adoptar... ¿Enfoque de incidencia o de prevalencia?

De nuevo ambos son útiles dado su carácter complementario. Nos interesa conocer el impacto que una enfermedad ocasiona en la sociedad (enfoque de prevalencia). Es una manera de concienciarnos de la gravedad de un problema y movilizar recursos en el campo investigador y clínico. Por otra parte, el enfoque de incidencia es el adecuado para saber cuántos recursos ahorraríamos en caso de poder prevenir hoy una enfermedad (o un determinado número de casos) o, si no es posible la prevención total, al menos reducir en la medida de lo posible sus efectos adversos sobre la salud.



Yo añadiría que ambos enfoques son correctos y se complementan, si bien hay que tener en cuenta que cada enfoque tiene sus fortalezas y sus limitaciones. Aunque ambos enfoques son complementarios los estudios de coste del asma publicados de manera más común son los estudios de coste realizados bajo un enfoque de prevalencia, ya que la mayor parte de ellos ocurren en el lapso temporal de un año, dado que resul-

tan menos costosos y pueden ser de mayor utilidad a un decisor centrado en unos presupuestos anuales.

P. ¿Por qué hay tan pocos estudios que combinen datos prospectivos y retrospectivos?



Creo que el mayor inconveniente de combinar ambos tipos de datos es que habrá que esperar un periodo de tiempo muy largo hasta obtener los datos finales prospectivos y acabar combinándolos con los retrospectivos. Tampoco hay que olvidar que los datos retrospectivos muchas veces no han sido creados específicamente para el propósito del estudio, y por lo tanto combinar datos retrospectivos y prospectivos es difícil: las variables recogidas no tienen por qué haber sido las mismas, lo que conlleva limitaciones en el momento de hacer el análisis de los datos.

Coincido con mi colega. Quizás añadiría que cuando se plantea un estudio prospectivo es más factible elegir las variables a identificar, medir y valorar. Esto no es tan sencillo cuando el análisis es retrospectivo, de ahí la dificultad de combinar ambos métodos.



P. ¿Constituyen los recursos económicos una limitación para mejorar un estudio? O planteado de otro modo: ¿Hasta qué punto el coste asociado a la realización de un estudio condiciona el diseño del mismo?

Evidentemente en todo estudio hay limitaciones. Los recursos económicos pueden condicionar el equipo de investigación. Pero, junto a ello, yo diría que las dos restricciones más importantes suelen ser la existencia de información válida o la posibilidad de obtenerla, así como el tiempo de realización ideal del estudio. En otras palabras, un diseño prospectivo de cohorte con 1.000 pacientes seguidos durante 10 años puede ser muy atractivo desde el punto de vista investigador. Pero si se requiere generar información para tomar decisiones en un plazo de 6 ó 12 meses no parece ser el tipo de estudio ideal a implementar.



Yo añadiría que lo puede llegar a condicionar considerablemente si la recogida de datos depende de la contratación extra de profesionales sanitarios para la misma. Si no hay disponibilidad de recursos económicos para recoger los datos necesarios según el diseño actual del estudio, entonces el diseño del estudio acaba modificándose y adaptándose teniendo en cuenta la restricción presupuestaria.

P. ¿Explica esta posible limitación que los estudios frecuentemente utilicen datos secundarios, cuando se consideran preferibles los datos primarios?

En la literatura sobre estudios de impacto económico o de coste de la enfermedad predomina la utilización de datos secundarios, especialmente en lo referente a los costes unitarios de los recursos sanitarios empleados y los recursos sociales cuyo uso habitual se ven modificados por el



curso de una enfermedad. De nuevo, es una cuestión de recursos y posibilidades. Realizar un estudio que se apoye únicamente en datos primarios es extremadamente complejo y costoso.



Totalmente de acuerdo. Solo añadir que un estudio de costes que utilice datos primarios es costoso y complejo pero que es posible y que muchas veces no se utilizan estos datos porque su acceso es difícil. Los datos existen y nuestro país tiene muchas Comunidades Autónomas que tienen unos registros de pacientes y de datos clínicos excepcionales; el problema es el acceso a estos datos. Además, si poco a poco queremos ir introduciendo datos de la vida real a este tipo de aná-

lisis es importante que seamos conscientes de la importancia de facilitar el acceso a estos datos a todos aquellos que quieren hacer un uso sin ánimo de lucro y que aporten información relevante para la toma de decisiones en salud.

P. ¿Qué hay que hacer para conseguir que un estudio sobre los costes del asma sea comparable con otros realizados previamente?

En la Guía se aboga en todo momento por la máxima transparencia en el diseño y ejecución de los estudios. Es la mejor manera de asegurar la comparabilidad entre estudios y la continuidad en la generación de conocimiento.



Detallar de manera transparente todos los elementos metodológicos relevantes que componen un estudio de costes del asma. Es decir, máxima transparencia y concreción en el objetivo y pregunta de investigación, en la descripción de la población de estudio, en la perspectiva, en la metodología y datos, en la metodología empleada para la valoración de recursos, en el horizonte temporal y tasa de descuento, en la modelización empleada y en el análisis de incertidumbre del estudio.

P. ¿Qué características presentan de manera más frecuente los estudios costes del asma en España? ¿Varían mucho con respecto a estudios a nivel nacional internacional?



No hay muchos estudios de costes del asma en España, y los pocos que hay han utilizado su propio enfoque metodológico, sin que hayan seguido una pauta común. En varios estudios se han incluido las pérdidas laborales, el absentismo laboral, e incluso se ha calculado el coste del asma ocupacional, pero esto no es una característica diferencial de los estudios de costes del asma publicados en España. Las metodologías empleadas en los estudios de costes del asma nacionales no varían de las empleadas a nivel internacional, aunque evidentemente cuantitativamente los costes variarán debido a los diferentes niveles de precios de los diferentes países, los costes sanitarios directos sanitarios y no sanitarios incluidos, y la metodología utilizada para medir las pérdidas de productividad.

Por otro lado, la pregunta de investigación y la disponibilidad de los datos han condicionado los estudios realizados en España sobre el impacto económico del asma. Dicho esto, se puede identificar estudios de una calidad excelente.

