



Carga económica de las enfermedades dermatológicas en España

HÉCTOR DE PAZ¹, MARTA COMELLAS¹, LUIS LIZÁN^{1,2}

¹ Outcomes10, Castellón, ²Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón.

Las enfermedades dermatológicas tienen una alta prevalencia y generan una elevada carga social, sin embargo, son pocos los trabajos que evalúen su carga económica. En base a los datos disponibles en la literatura, en España, el uso de recursos sanitarios y el coste farmacológico derivado de ellas podrían ocasionar un impacto económico de unos 3.300 millones anuales, donde las consultas dermatológicas y los fármacos de venta libre supondrían el 41% y el 35% del coste total.

KEY WORDS: Enfermedades dermatológicas, coste, carga económica, España.

Las enfermedades dermatológicas presentan una alta tasa de prevalencia a nivel mundial, afectando entre el 30 y el 70 por ciento de los individuos¹⁻⁴. Así, entre las 10 enfermedades más prevalentes se sitúan tres dentro de este grupo: enfermedades cutáneas producidas por infecciones fúngicas (4ª posición), enfermedades de la piel y subcutáneas (5ª posición) y acné (8ª posición)⁵. Durante los últimos años se ha observado un incremento de su prevalencia, y se prevé que ésta siga aumentando en los próximos años, debido, entre otros factores, al cambio climático^{6,7}.

A pesar de su elevada prevalencia y que numerosos estudios han descrito la carga personal y social que estas enfermedades representan, habitualmente han sido consideradas como simples afecciones estéticas. Más allá de las propias limitaciones de la enfermedad, las enfermedades dermatológicas pueden estar asociadas a modificaciones del comportamiento y de la actitud social⁸. En este sentido, es importante resaltar que más de la mitad de los pacientes las consideran una barrera social, especialmente cuando las lesiones se encuentran en zonas visibles^{4,8,9}. Además, generan un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente a nivel emocional. Al menos el 30 por ciento de los pacientes sufren un nivel de angustia clínicamente relevante¹⁰, que puede llegar a ser comparable al ocasionado por enfermedades cardíacas, la diabetes o el cáncer¹¹⁻¹⁴.

En relación a la carga social, uno de los parámetros más utilizados para estimar la magnitud de su impacto, son los años perdidos por discapacidad (APD) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Los APD tiene en

cuenta la prevalencia de la enfermedad, su morbilidad y su duración, mientras que los AVAD consideran además la mortalidad. En función de estos últimos, las enfermedades dermatológicas ocupan el 18ª posición a nivel mundial⁵. Sin embargo, si se tienen en cuenta los APD, ascienden al 4º puesto, lo que refleja que, a pesar de su baja mortalidad, generan una alta morbilidad. En función de la discapacidad y las secuelas generadas, el cáncer de piel (no melanoma), el eccema y la psoriasis, son las enfermedades dermatológicas que presentan una mayor carga social asociada⁵.



Teniendo en cuenta su elevada prevalencia, la discapacidad que ocasionan y el uso de recursos sanitarios asociado, no es de extrañar que generen una importante carga económica. Si bien existen estudios que evalúan el impacto económico de enfermedades dermatológicas concretas, son pocos los trabajos que evalúan la carga económica asociada en su conjunto. De hecho, únicamente se ha identificado un estudio que determine el coste asociado a las enfermedades dermatológicas en Inglaterra. En él se estimó que el coste total desde la perspectiva del financiador alcanzaba en 2005 los 1.819 millones de libras³. En España no se ha identificado ningún estudio que determine la carga económica de manera conjunta. No obstante, teniendo en cuenta los datos existentes en la literatura en relación a las diferentes partidas que engrosan el coste total, la carga económica podría ser superior.

Con el objetivo de obtener una visión global de la carga económica de las enfermedades dermatológicas en España, se revisan los datos bibliográficos disponibles referentes al uso de recursos sanitarios, coste farmacológico y pérdida de productividad laboral.

USO DE RECURSOS SANITARIOS EN ESPAÑA ASOCIADO A LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Atención primaria

En España, en el 2011 se produjeron cerca de 260 millones de consultas ordinarias de atención primaria (AP), 279 millones incluyendo la atención fuera del horario ordinario (urgencias) y 418 considerando además la actividad de enfermería¹⁵. Según datos oficiales, el 8,9 por ciento de estas consultas ordinarias (23 millones) están asociadas a enfermedades de la piel¹⁶. Así, en base al precio estipulado por consulta de AP en horario ordinario, las consultas de AP ordinarias relacionadas con las enfermedades dermatológicas generarían un coste anual aproximado de 1.360 millones de euros (Calculado según el precio medio disponible en eSalud.Oblisque¹⁷⁻¹⁹; y actualizados según IPC²⁰).

En línea con los resultados de otros estudios llevados a cabo en Europa²¹, un estudio realizado en el centro de Salud de Paiporta (Valencia), estima que el 16 por ciento de las consultas dermatológicas realizadas en AP requieren ser derivadas al especialista²², evidenciando la elevada carga asistencial asociada a estos pacientes.

Atención especializada (dermatólogo)

Según datos nacionales, en 2011 se registraron 1,3 millones de consultas atendidas en los centros de especialidad dermatológica españoles, y 1,5 millones de consultas atendidas en hospitales, de las que un 59,9 por ciento y un 47,5 por ciento, respectivamente, fueron primeras consultas²³. Asumiendo un coste medio de la atención especializada de 109 euros para las primeras consultas y 52 euros para consultas sucesivas (Calculado según el precio medio disponible en eSalud.Oblisque¹⁸, y actualizados según IPC²⁰), la atención especializada debida a enfermedades dermatológicas en España supondría unos 230 millones de euros/año (162,5 millones derivados de primeras consultas y 68 de consultas sucesivas).

Hospitalizaciones

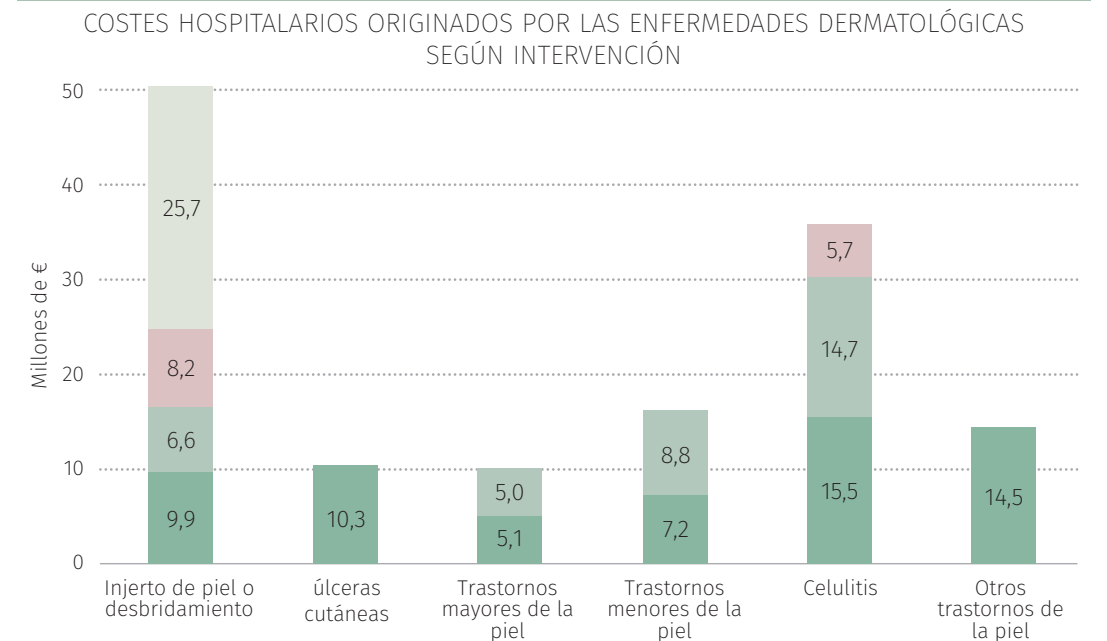
En 2013, el registro de altas de hospitales del sistema nacional de salud español, registró 33.596 hospitalizaciones debidas a patologías dermatológicas²⁴. De estas hospitalizaciones, alrededor de un tercio fueron debidas a celulitis. Considerando la tarifa por paciente derivado de cada intervención, el coste anual debido a las hospitalizaciones ascendió a 137,3 millones de euros (136 millones de euros según el IPC general actualizado) (Figura 1)²⁴.

COSTES FARMACOLÓGICOS ASOCIADO A LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Fármacos de venta libre

En 2011 las ventas del mercado farmacéutico realizadas en España, excluyendo ventas a hospitales, supusieron 19.407 millones de euros, de los que el 6,1 por ciento del total (1.184 millones) procedería del mercado dermatológico²⁵. Este coste incluiría aquellos pro-

FIGURA 1.



GRD	Enfermedades dermatológicas por tipo de intervención	Casos	Coste (€)	Millones de €
263	Injerto piel y/o desbrid. Por úlcera cutánea o celulitis con CC	1.008	9.806	9,9 €
264	Injerto piel y/o desbrid. Por úlcera cutánea o celulitis sin CC	1.359	4.881	6,6 €
265	Injerto piel y/o desbrid. Excepto por úlcera cutánea o celulitis con CC	1.479	5.551	8,2 €
266	Injerto piel y/o desbrid. Excepto por úlcera cutánea o celulitis sin CC	5.908	4.354	25,7 €
271	Úlceras cutáneas	2.162	4.784	10,3 €
272	Trastornos mayores de piel con CC	830	6.199	5,1 €
273	Trastornos mayores de piel sin CC	1.004	4.957	5,0 €
277	Celulitis edad >17 con CC	4.301	3.599	15,5 €
278	Celulitis edad >17 sin CC	5.704	2.575	14,7 €
279	Celulitis edad <18	1.742	3.243	5,7 €
283	Trastornos menores de la piel con CC	1.449	4.982	7,2 €
284	Trastornos menores de la piel sin CC	3.482	2.540	8,8 €
563	Otros trastornos de piel con CC Mayor	3.168	4.586,46	14,5 €
Total		33.596		137,3 €

GRD: grupos relacionados por el diagnóstico. CC: complicaciones o comorbilidad.



ductos dermocosméticos utilizados en la prevención de enfermedades dermatológicas o en tratamientos concomitantes como, por ejemplo, protectores solares o cremas hidratantes. Teniendo en cuenta que estos productos también pueden ser dispensados en establecimientos no farmacéuticos, datos publicados por la Asociación Nacional de Perfumería y Cosmética (STANPA) en 2014 señalan que el coste de la dermatología en España podría alcanzar los 3.397 millones de euros anuales²⁶.

Fármacos con receta médica

Según las ventas registradas en las oficinas de farmacia en el 2011, el coste asociado a los medicamentos destinados al tratamiento de estas patologías alcanzó los 458 millones de euros²⁵.

En base a los resultados obtenidos en el estudio realizado en el Centro de Salud de Paiporta (Valencia), las dermatosis inflamatorias, fúngicas y víricas, serían las enfermedades dermatológicas que generarían la mayor parte del coste farmacológico recetado en AP²². Este estudio, situó el coste farmacológico medio originado por las enfermedades dermatológicas en 14,59 euros por consulta.

En cuanto al coste farmacológico generado por las unidades dermatológicas de atención especializada, un estudio llevado a cabo en Andalucía en 2011, estimó que éste correspondía al 3,04 por ciento del coste farmacéutico total de Andalucía, situándose en 17,75 millones de euros²⁷.

La extrapolación de estos datos al conjunto del estado, sugiere que las enfermedades dermatológicas podrían originar un coste farmacológico de 438 millones de euros, 338 millones de euros se corresponderían al gasto farmacológico derivado de la AP (14,59 euros/consulta x 23 millones de consultas de AP) y 100 millones correspondería al derivado de la atención especializada [(17,75 millones de euros coste farmacológico Andalucía x población española en 2011) / población andaluza 2011]. Estos datos evidencian que la mayor parte del coste

farmacéutico asociado a las enfermedades dermatológicas deriva de la AP.

En función de la edad y el género, la mayor parte del consumo de productos farmacéuticos relacionados con enfermedades dermatológicas (en base a las recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud)²⁸ es realizado por los pacientes mayores de 65 años y por las mujeres (Figura 2). Estos datos sugieren que el envejecimiento de la población española irá acompañado por un incremento en el consumo de productos farmacológicos.

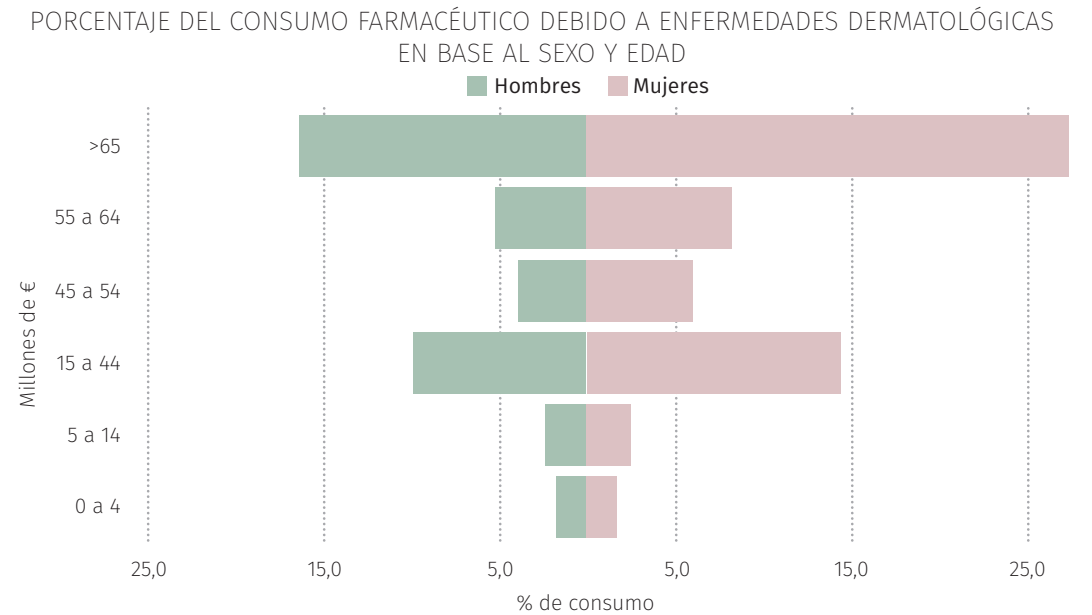
PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD ASOCIADA A LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Entre el 2007 y el 2014, la tasa media de partes de baja comunicados en España asociados a las enfermedades dermatológicas se situó entre el 5,2 y el 6,2 por 100.000 habitantes (Figura 3)^{29,30}, representando la tercera causa de bajas comunicadas. En 2014, la duración promedio de las bajas fue de 52,19 días³⁰, considerándose ésta una baja de media duración según la orden ESS/1187/2015³¹.

Del total de partes comunicados, el 45,6 por ciento se debieron a enfermedades dermatológicas ocupacionales; definiéndose como tal, aquella que ha sido contraída como resultado de una exposición a un factor de riesgo derivado de la actividad laboral³². Por comunidades autónomas, Aragón y Navarra fueron las comunidades con mayor índice de enfermedades ocupacionales de naturaleza dermatológica en 2014, duplicando el índice normalizado (Figura 4).

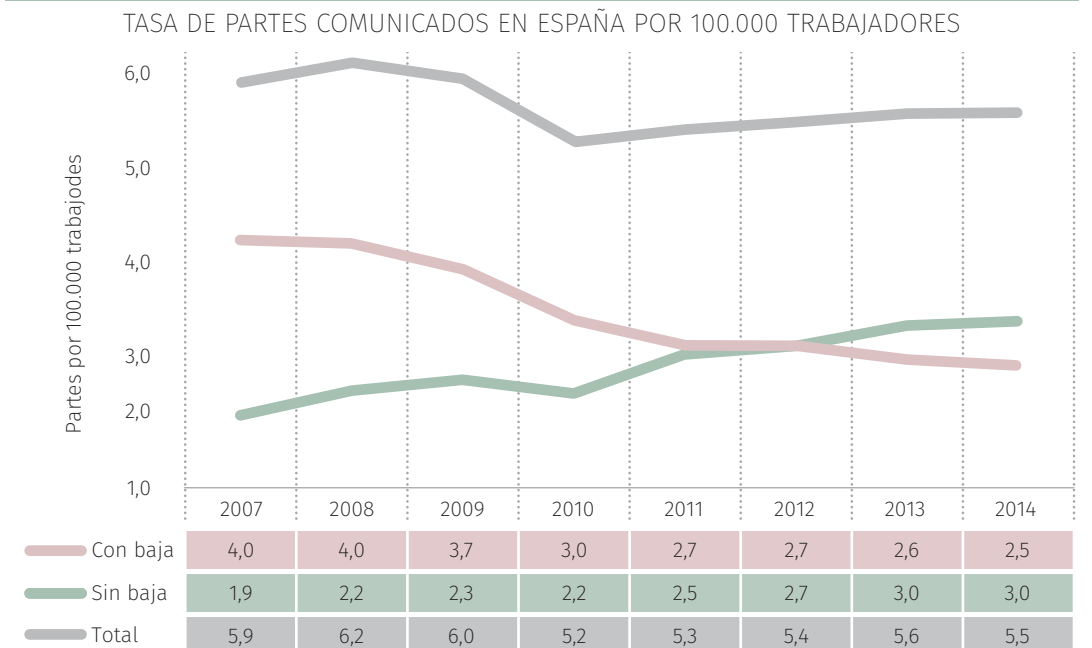
En cuanto a las enfermedades dermatológicas ocupacionales que causaron más bajas, excluyendo aquellas no clasificadas, las producidas por infecciones, agentes externos y urticaria fueron las más prevalentes³⁰. Es importante tener en cuenta que estas cifras no contemplan las bajas no notificadas, el absentismo laboral ni el presentismo, por lo que el impacto en la pérdida de productividad laboral sería aún mayor.

FIGURA 2



Fuente: Imagen adaptada de Lizán et al.²⁹

FIGURA 3

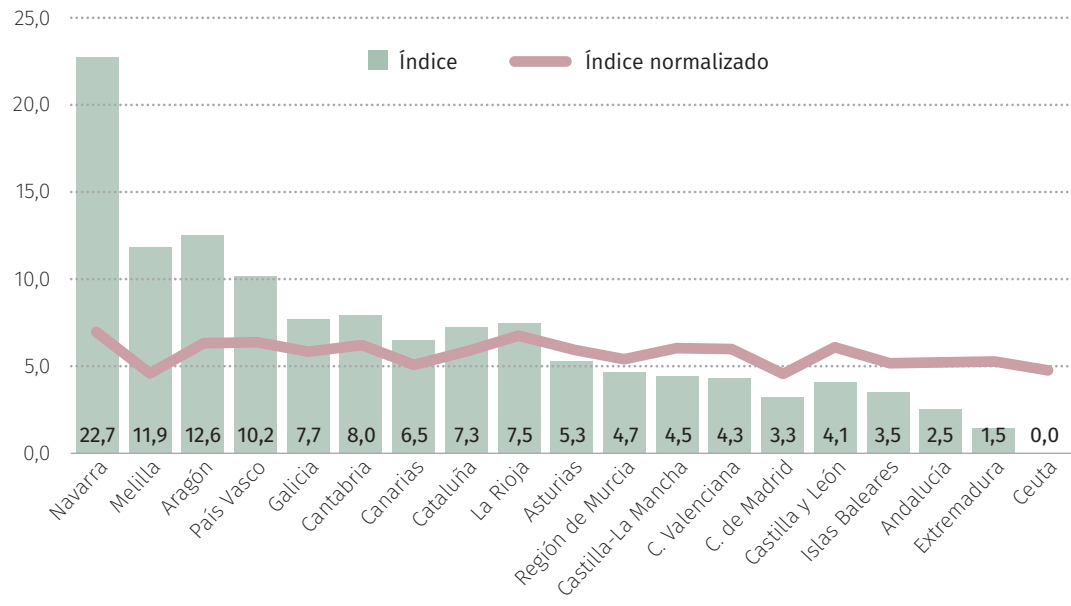


Cálculo estimado en función de la población ocupada por año (media de 4 trimestres)³⁰ y los partes comunicados durante el mismo año³⁰.

Fuente: Imagen adaptada de Lizán et al.²⁹

**FIGURA 4**

ÍNDICES DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN EL AÑO 2014.
Índice normalizado según estructura productiva.



Fuente: Imagen adaptada de ³⁰

Si bien hay una falta de datos sobre el coste de la pérdida de productividad por las enfermedades dermatológicas en España, se estima que en Europa esta pérdida de productividad podría ascender a los 5 billones de euros anuales³³ y a más de 10,2 billones de \$ americanos en EE.UU.³⁴.

CONCLUSIONES

Si bien la mayoría de las enfermedades dermatológicas no ponen en peligro la vida del paciente, la combinación de su elevada prevalencia y morbilidad, genera un elevado impacto para el paciente en términos absolutos, tanto a nivel psicológico, social como económico³⁵.

En la bibliografía, existe un número limitado de trabajos que estiman la carga económica de estas patologías en su conjunto, dificultando obtener una visión global de su impacto económico real tanto para el paciente, como para

el sistema sanitario y la sociedad. Por ello, en el presente trabajo se analizan y sintetizan los datos parciales disponibles en la literatura referente al uso de recursos sanitario y su coste en España. En base a estos datos, se estima que el coste potencial asociado a estas enfermedades en España podría alcanzar los 3.300 millones de euros (Figura 5), representando el coste asociado a las consultas dermatológicas de AP y a los fármacos de venta libre el 41 por ciento y el 35 por ciento del coste total, respectivamente.

En línea con estudios llevados a cabo en otros países europeos³⁶ y en España³⁷, estos resultados ponen de manifiesto la elevada carga asistencial que representan estas enfermedades para los médicos de AP. Así, se estima que entre el 12 por ciento y el 20 por ciento de las consultas atendidas por los médicos de AP son debidas a estas enfermedades. Si a estos datos, le sumamos los datos asociados a la

asistencia dermatológica por motivos estéticos³⁸, la carga asistencial para los médicos de AP podría incrementarse hasta un 25 por ciento, con el consiguiente coste económico asociado.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que esta cifra estimada, no incluiría, entre otras partidas, los costes generados por las consultas de AP no ordinaria, el gasto farmacéutico que no derive de la venta en farmacia, ni los costes indirectos por pérdidas de productividad, por lo que el coste total de las enfermedades dermatológicas podría ser aún mayor. En relación al coste indirecto asociado a las enfermedades dermatológicas, es importante señalar que, en España, son la tercera causa de bajas laborales³⁰ y, en consecuencia su coste puede ser sustancial.

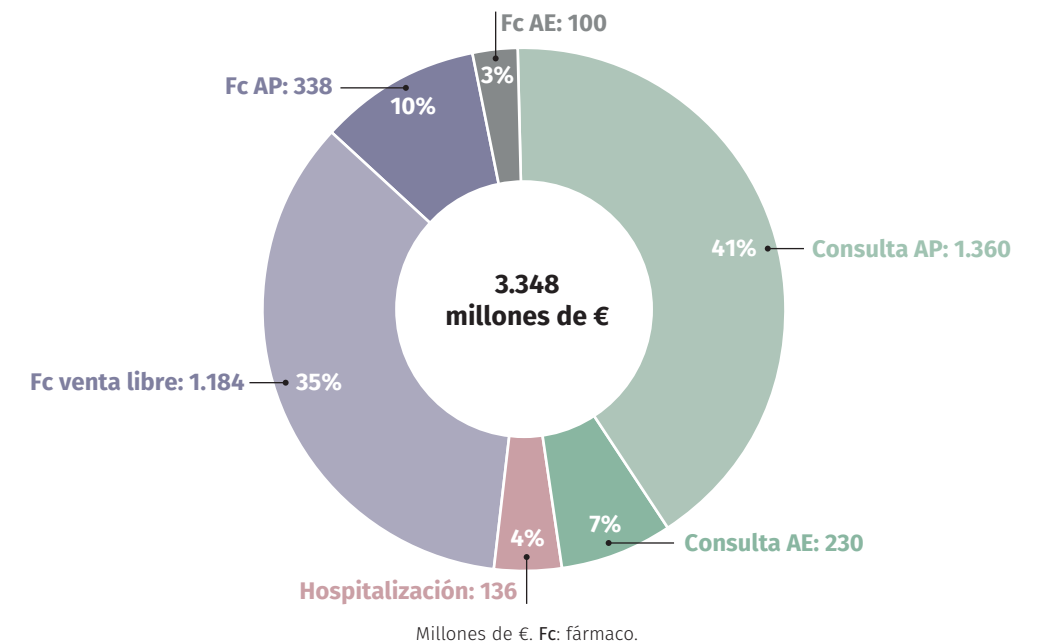
Es necesario señalar las limitaciones del presente trabajo inherentes a la inclusión de datos no homogéneos, procedentes de dife-

rentes bases (nacionales y autónomas) y de distinta datación. Asimismo, los resultados de dichas extrapolaciones deben evaluarse con cautela, ya que los resultados de los distintos trabajos revisados puede que no sean representativos del total de la población española. En este sentido, es importante señalar que el objetivo del estudio es proporcionar una visión global del potencial impacto económico que pueden generar las enfermedades dermatológicas en España, sin pretender llevar a cabo una estimación real de su coste.

A pesar de sus limitaciones, los resultados del presente trabajo permiten establecer una aproximación acerca de la carga económica asociada a las enfermedades dermatológicas en España, evidenciando la necesidad de realizar estudios de costes para estimar la carga real de estas enfermedades tanto para el sistema nacional de salud como para la sociedad en su conjunto.

FIGURA 5

COSTE DIRECTO DERIVADO DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN ESPAÑA, EN FUNCIÓN DE LAS PRINCIPALES PARTIDAS





Bibliografía

1. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, et al. The burden of skin diseases: 2004. A joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(3):490–500.
2. Hay RJ, Fuller LC. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. *Int J Dermatol*. 2011;50(5):552–7.
3. Schofield J, Grindlay D, Williams H. Skin conditions in the UK: a Health Care Needs Assessment. University of Nottingham, Centre of Evidence Based Dermatology UK. 2009.
4. All Party Parliamentary Group on Skin. The psychological and social impact of skin diseases on people's lives. 2013.
5. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The Global Burden of Skin Disease in 2010: An Analysis of the Prevalence and Impact of Skin Conditions. *J Invest Dermatol*. 2013;134(6):1–8.
6. Balato N, Megna M, Ayala F, Balato A, Napolitano M, Patruno C. Effects of climate changes on skin diseases. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014;12(2):171–81.
7. Silverberg JI, Hanifin J, Simpson EL. Climatic factors are associated with childhood eczema prevalence in the United States. *J Invest Dermatol*. 2013;133(7):1752–9.
8. Thompson A. Psychosocial impact of skin conditions. *Dermatological Nurs*. 2009;8(1):1–5.
9. Grandfield TA, Thompson AR, Turpin G. An attitudinal study of responses to a range of dermatological conditions using the Implicit Association Test. *J Health Psychol*. 2005;10:821–9.
10. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients with Dermatologic Disorders: Epidemiology and Management. Vol. 4, *Am J Clin Dermatol*. 2003. p. 833–42.
11. Pathirana D, Ormerod A, Saiag P, Smith C, Spuls PI, Nast A, et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23 Suppl 2(october):1–70.
12. Moberg C, Alderling M, Meding B. Hand eczema and quality of life: a population-based study. *Br J Dermatol*. 2009;161(2):397–403.
13. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41(3):401–7.
14. Kiebert G, Sorensen S V., Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, et al. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol*. 2002;41(3):151–8.
15. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. 2015.
16. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y cifras, España. 2016.
17. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Orden de 17/11/2014. Vol. 226, Diario Oficial de Castilla-La Mancha. 2014.
18. Oblikue consulting. Información económica del sector sanitario [Internet]. eSalud. 2016. Available from: <http://www.oblikue.com/bddcostes/>
19. Consejería de Administración Pública y Hacienda. Orden 17/2014, de 16 de noviembre de 2014. Boletín de la Rioja. 2014;156.
20. Instituto Nacional de Estadística. El IPC en un clic [Internet]. Actualización de rentas con el IPC general. 2016. Available from: <http://www.ine.es/calcula/index.do?L=0>
21. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, Van Weel C, Van De Kerkhof PCM, Duller P, Van Der Valk PGM, et al. Skin diseases in family medicine: Prevalence and health care use. *Ann Fam Med*. 2008;6(4):349–54.
22. Salcedo R. Demanda asistencial y análisis del coste farmacológico de la patología dermatológica en un centro de salud. Tesis. Valencia; 2014.
23. Subdirección General de Información, Sanitaria e Innovación. Estadística de Centros de Atención Especializada. 2013.
24. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Portal estadístico del SNS. 2014 [cited 2016 Apr 14]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>
25. Romero AG. Análisis de la evolución de la profesión farmacéutica en la Comunidad de Madrid durante el periodo 2008-2012. Universidad Complutense de Madrid; 2014.
26. Estudios de Mercado [Internet]. [cited 2016 May 25]. Available from: <http://www.stanpa.com/estudios-de-mercado/>
27. Moreno-Ramírez D, Ferrandiz L, Ramírez-Soto G, Munoyerro M. Quantitative analysis of drug expenditures variability in dermatology units. *Farm Hosp*. 2013;37(5):366–71.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo —porcentajes—. Instituto De Información Sanitaria. 2004.
29. Lizán L, Comellas M, de Paz HD, Casañas M, Cortés X, Martí I. La repercusión clínica, económica y social de las enfermedades dermatológicas en España: una visión de conjunto. Lizan L, editor. 2016. 193 p.
30. Observatorio De Enfermedades Profesionales (CEPROSS) Y De Enfermedades Causadas O Agravadas Por El Trabajo (PANOTRATSS). Informe anual 2014. 2015. p. 102.
31. MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL. Orden ESS/1187/2015. Vol. 147, BOE-A-2015-6839. 2015.
32. WHO. Occupational and work-related diseases [Internet]. Occupational health. 2016. Available from: http://www.who.int/occupational_health/activities/occupational_work_diseases/en/
33. StanDerm. Occupational skin diseases [Internet]. COST Action TD1206. 2015 [cited 2016 Apr 1]. Available from: occupational skin diseases
34. The Lewin Group. Skin Cancer, Precancerous Conditions, and Benign Neoplasms. The Burden of Skin Diseases. 2005.
35. Basra M, Shahrukh M. Burden of skin diseases. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2009;9(3):271–83.
36. Ayer J, Burrows N. Acne: more than skin deep. *Postgrad Med J*. 2006;82(970):500–6.
37. Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J, Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel*. 2014 Jan;29(1):4–8.
38. Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97(9):569–72.
39. Instituto nacional de estadística. Encuesta de Población Activa (EPA) [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 1]. Available from: http://www.ine.es/prensa/epa_tabla.htm