



Siete millones de euros: el coste de no contar con un plan en hipercolesterolemia

CARMEN M. LÓPEZ

Jefa de Sección de Gaceta Médica

Actualmente hay una epidemia de enfermedades cardiovasculares. En España, un tercio de las muertes se deben a estas patologías, y muchas de ellas, están relacionadas con los niveles de hipercolesterolemia. Lo cierto es que, según los expertos, existe una evidente falta de conocimiento de estas patologías, y de ahí su infratratamiento o su bajo control. Se estima que aproximadamente 190.000 personas en España padecen de hipercolesterolemia familiar y solo un 20 por ciento de ellas están diagnosticadas. Con estos datos, ¿cuál es la estrategia de España?

KEY WORDS: hipercolesterolemia, prevención, enfermedades cardiovasculares, coste efectividad, sistema nacional de salud, estrategia.

A día de hoy, la mayoría de autonomías contemplan las enfermedades cardiovasculares en sus planes de salud y estrategias de cronicidad, pero pocas cuentan con planes específicos para controlar la hipercolesterolemia. Estas carecen muchas veces de objetivos e intervenciones directos y concretos dirigidos al manejo y atención de la hipercolesterolemia (HC), y menos todavía de la hipercolesterolemia familiar (HF).

Los expertos señalan que frente a la variabilidad en las políticas de prevención cardiovascular e hipercolesterolemia entre las comunidades, conviene extender la implantación de una guía consensuada de prevención cardiovascular, la valoración del riesgo cardiovascular en la historia clínica electrónica, haciendo especial énfasis en los estilos de vida, y la incorporación de la valoración y control del riesgo entre los indicadores de calidad asistencial y los sistemas de incentivación profesional. A día de hoy, se han creado estructuras y procesos para la atención integral de estos pacientes. Del mismo modo, los sistemas de información y los registros para el seguimiento y la vigilancia epidemiológica son otras acciones que hay implantadas en las distintas regiones, si bien de manera heterogénea a nivel estatal.

En cuanto a la hipercolesterolemia familiar (HF) ocurre lo mismo. Desde el punto de vista de la salud pública, la mejor estrategia para mejorar este vacío en el diagnóstico y tratamiento es implementar un programa de detección precoz en cascada familiar. Si bien, la implementación de este tipo de programas de cribado se restringe a un pequeño número de países. De momento, el mejor, según los expertos, es el que se realiza en los Países Bajos.

Ante la evidente variabilidad que existe en el grado de acciones para la atención de la hipercolesterolemia en las diferentes estrategias sanitarias, algunas autonomías como Cantabria, Castilla y León, o La Rioja sí destacan por su especificidad y grado de desarrollo de objetivos, acciones e intervenciones específicas.

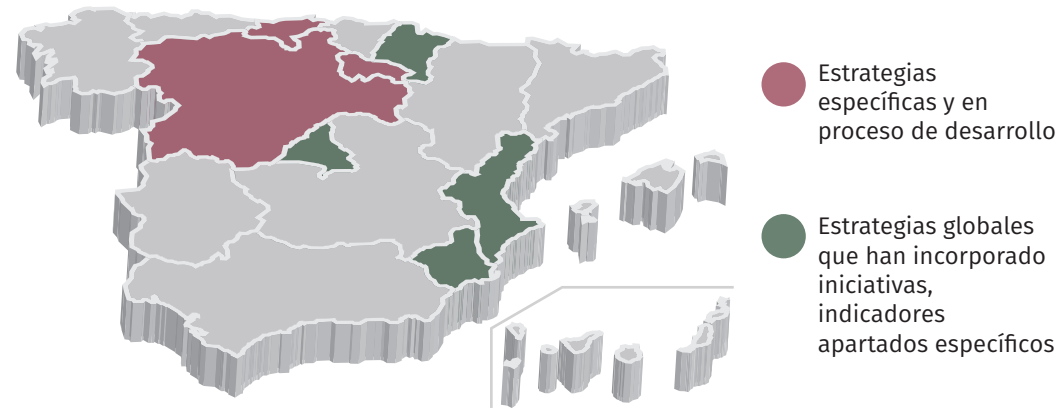
En cuanto al abordaje de la HF, autonomías como Valencia, Navarra, la Comunidad de Madrid o Murcia, incluyen en sus iniciativas medidas, indicadores, o apartados específicos.





FIGURA 1

GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS SOBRE HIPERCOLESTEROLEMIA EN CC.AA.



Fuente: elaboración propia.

ESTADO DE LA SITUACIÓN...

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) suponen la primera causa de muerte en todo el mundo. Según la OMS, el colesterol elevado es el cuarto problema de salud en términos de coste en Europa. Así, la hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, asociándose especialmente al desarrollo de la cardiopatía isquémica. Se calcula que al menos 100.000 personas padecen hipercolesterolemia familiar en España, y como apuntan los expertos, la mayoría no sabe que la tiene.

Como recoge el documento de análisis de Deusto Business School 'Hipercolesterolemia: Una llamada a la acción', afortunadamente las principales causas de la hipercolesterolemia son modificables. "Existen tratamientos eficaces para un control adecuado de los niveles de colesterol en sangre", apunta el informe.

Aunque no existen demasiados estudios sobre el impacto económico de la HC, como es uno de los principales factores de riesgo de las ECV, se puede estimar los costes derivados de estas patologías. Los datos apuntan a que la HC es el quinto factor que más contribuye a los costes sanitarios en la UE y el sector en términos de costes de productividad.

En España cada año se producen alrededor de 23.000 bajas laborales por enfermedades del sistema cardiovascular y los infartos.

Según datos de la Sociedad Europea de Aterosclerosis, la terapia de alta intensidad con estatinas reductoras de lípidos supondría una reducción de 101 muertes cardiovasculares por cada 1.000 pacientes con FH tratados. Al extrapolarlo a la población europea, 500 millones de ciudadanos, con una estimación de un millón de personas, si la HF fuese diagnosticada y tratada de manera óptima se podrían ahorrar unos 4.700 millones de euros en un periodo de 55 años con eventos cardiovasculares evitados, lo que equivale a unos 80 millones de euros al año.

Como recoge el estudio de Deusto, los datos de la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar sugieren que la puesta en marcha de un plan nacional supondría, considerando solo los costes directos, ahorrar al SNS 6.900.000 de euros en el manejo de eventos cardiovasculares, aunque aumentaría el coste en 24.937.000 debido al coste del diagnóstico genético el primer año y al tratamiento adecuado de la hipercolesterolemia familiar en 10 años.

Por otro lado, teniendo en cuenta solo los costes indirectos se evitaría un coste laboral de 17.937.000 euros, por lo que considerando los costes totales de la enfermedad, el coste social neto de implantar el plan es de 7.000.579 euros en 10 años.

EL DESGLOSE DEL COSTE:

Enfermedades cardiovasculares

La *European Heart Network* estimó en 2017 que las ECV cuestan a la Unión Europea 210.000 millones de euros al año. Del coste total de estas patologías a nivel europeo, alrededor de 111.000 millones de euros se debe a los costes sanitarios; 54.000 millones a las pérdidas de productividad y 45.000 millones de euros a los cuidados informales de las personas con alguna de estas patologías.

Aunque la estimación es de 2017, teniendo en cuenta que las ECV tuvieron un impacto de 111.000 millones de euros, representa un coste per cápita de 218 euros anuales, lo que supone el 8 por ciento del gasto sanitario total en la Unión Europea. El coste de la atención hospitalaria supuso más del 50 por ciento de esos costes, y el de los medicamentos alrededor de 28.000 millones de euros.

Las cifras del *European Cardiovascular Disease Statistics 2017* apuntan a que la cantidad dedicada a la prestación sanitaria de las personas con ECV varía ampliamente entre los países de la UE. Por ejemplo, el coste per cápita en Bulgaria en 2015 fue de 48 euros, frente a los 365 euros de Finlandia, mientras que el porcentaje del gasto sanitario total gastado en ECV varió del 3 por ciento en Suecia, al 19 por ciento en Hungría.

Los expertos apuntan a que el coste real de las enfermedades cardiovasculares no está estimado adecuadamente, ya que en ocasiones, no se contemplan los costes no sanitarios. Las pérdidas de producción por muerte y enfermedad de las personas en edad de trabajar contribuyen una gran carga financiera. En total, estos costes no relacionados con la atención sanitaria supusieron casi 100.000 millones

de euros en 2015, según la *European Heart Network*. Hay que tener en cuenta además que en España, el 45 por ciento de los costes son no sanitarios.

Según las cifras, entre las cinco principales economías europeas —Francia, Alemania, España, Italia y Reino Unido— Alemania es el país con una mayor carga económica debido a las ECV, mientras que en España el impacto es el menor. En cuanto al peso de los costes sanitarios y no sanitarios en estos países, Francia es el país con una mayor proporción de costes sanitarios, mientras que en Reino Unido estos representan el 54 por ciento.

La *European Heart Network* estimó en 2017 que las ECV cuestan a la Unión Europea 210.000 millones de euros al año

TABLA 1

COSTES TOTALES DE LAS ECV EN ESPAÑA

	Importe (en miles)	% sobre total
Costes sanitarios directos	110.809.465 €	53%
Pérdidas de productividad por mortalidad	31.631.317 €	15%
Pérdidas de productividad por morbilidad	22.635.461 €	11%
Costes de cuidados informales	45.088.142 €	21%
Total	210.164.385 €	

TABLA 2

COSTES DE LAS ECV

	Francia	Alemania	Italia	España	UK
Atención primaria	647.039 €	3.215.531 €	823.533 €	1.318.339 €	1.638.492 €
Atención extrahospitalaria	1.020.418 €	4.730.257 €	2.695.056 €	1.033.283 €	1.073.695 €
Emergencias	135.235 €	115.223 €	728.191 €	431.310 €	398.661 €
Atención hospitalaria	9.569.704 €	14.965.129 €	7.067.848 €	2.970.554 €	6.505.414 €
Medicamentos	3.822.884 €	5.279.912 €	4.393.500 €	3.489.974 €	2.732.144 €
Total costes sanitarios	15.195.280 €	28.306.052 €	15.708.128 €	9.243.460 €	12.348.406 €
Pérdidas por mortalidad	2.396.912 €	8.556.221 €	2.850.082 €	1.441.759 €	6.203.014 €
Pérdidas por morbilidad	1.566.029 €	8.495.837 €	1.629.205 €	1.990.041 €	2.548.365 €
Costes cuidados informales	4.444.011 €	12.149.160 €	8.027.415 €	4.175.536 €	5.566.934 €
Total costes no sanitarios	8.406.952 €	29.201.218 €	12.506.702 €	7.607.336 €	14.318.313 €
Costes totales	23.602.232 €	57.507.270 €	28.214.830 €	16.850.796 €	26.666.719 €

LOS DATOS

Los expertos aseguran que en España no hay traducción de la hipercolesterolemia en las políticas y estrategias de salud con su impacto en la morbimortalidad

HABLAN LOS EXPERTOS...

“No hay correspondencia de la hipercolesterolemia (HC) en las políticas de salud con su impacto en la morbimortalidad”, explica Roberto Nuño, director de Deusto Business School Health. Una afirmación que se refleja en el análisis de situación realizado por el Proyecto Cholesterol Roadmap, puesto en marcha por esta institución junto con Sanofi España, que concluye que la respuesta a la HC como problema de salud en términos de estrategias sanitarias no se corresponde con su magnitud e impacto en términos de salud pública. Se presenta, en muchas ocasiones, diluida dentro de otras políticas o reflejada a nivel diagnóstico, pero con una carencia de líneas de actuación concretas y decididas para su abordaje. Así se puso de manifiesto en el seminario, ‘¿Cómo visibilizar la Hipercolesterolemia en las políticas de salud?’.

Para la experta en gestión y política sanitaria, Paloma Casado, la respuesta es clara: a través de protocolos concretos en las comunidades autónomas. “Es mucho más sencillo que una estrategia nacional”, apuntó. Actualmente, existen políticas a nivel nacional que se ocupan del colesterol entre otros factores de riesgo. “Existe consenso en cuanto a lo que consideramos colesterol elevado a través de valores de referencia a nivel científico. Por tanto, tenemos claro que se debe abordar a nivel de grandes políticas sanitarias. Si bien, no existe consenso en el cómo”.

Sobre si una estrategia común avanzaría en la equidad, Casado considera que España no tiene problemas con la equidad, aunque sí con la variabilidad en la práctica clínica. “Existe una cartera común pero no unos protocolos comunes de actuación ante problemas concretos”.

A su juicio, tiene que ser un abordaje centrado en la persona, de manera multidisciplinar. “Nos estamos focalizando en la medicina basada en la evidencia, cuando deberíamos focalizarnos en una medicina orientada al valor que aporta al paciente”.

FIGURA 2

DISTRIBUCIÓN DE COSTES SANITARIOS POR ECV EN EUROPA

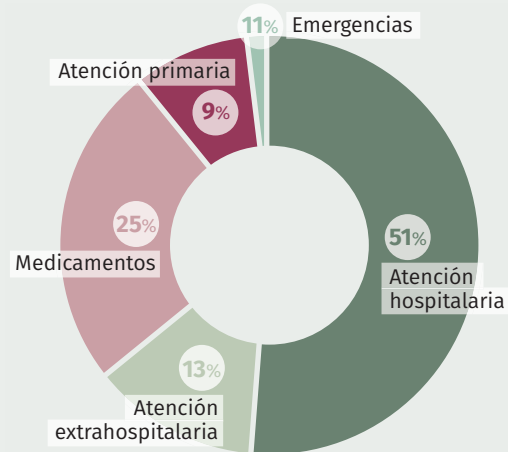
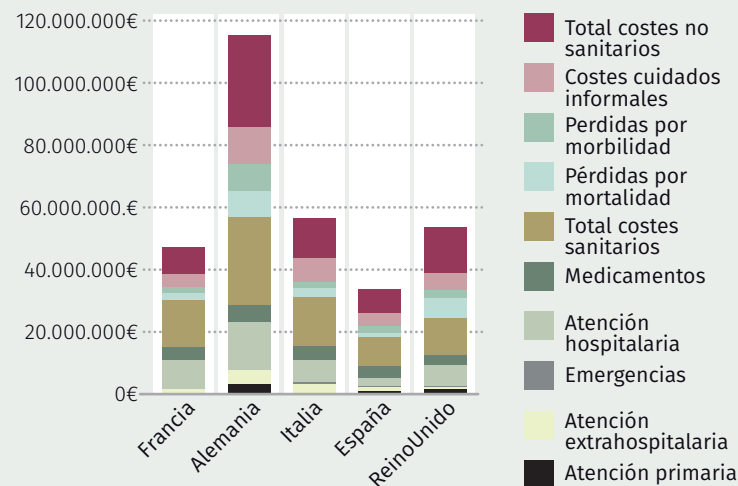


FIGURA 3

COSTES DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



Fuente: European Heart Network, 2017. European Cardiovascular Disease Statistics 2017.



En opinión del ex senador del PP, Antonio Alarcó, es imprescindible actuar ante esta enfermedad. En esta línea, la presidenta de CardioAlianza, Maite San Saturnino, explicó que los pacientes tienen que asumir un rol activo. En materia de prevención se puede hacer mucho más. De hecho, adelantó los datos de un informe que publicarán en breve, que señala el desconocimiento de los factores de riesgo del colesterol. —Un 56 por ciento de los encuestados, pacientes que ya han sufrido un evento cardiovascular, no son conscientes de su importancia—. “Algo no estamos haciendo bien”, lamentó.

La realidad es que el colesterol supone la cuarta amenaza más costosa en Europa, y se da la paradoja de que la hipercolesterolemia familiar es la enfermedad genética más frecuente. Tal y como señaló Leopoldo Pérez de Isla, jefe de la Unidad de Imagen Cardiovascular del Clínico San Carlos. Ante esto, “tenemos medidas muy eficaces”.

Para el presidente de la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar, Pedro Mata, el abordaje de esta patología es un modelo de medicina predictiva: diagnóstico genético, registros existentes, etcétera. De hecho, Mata defiende que los registros son fundamentales para observar la historia natural de la enfermedad. Experiencia en este sentido ya existe (con registros liderados por la fundación), por lo que hacerlo de manera nacional no sería complicado.

La mayoría de los pacientes que padecen hipercolesterolemia familiar están asintomáticos en el primer nivel asistencial, por ello, implicar a primaria es clave. El diagnóstico precoz se hace fuerte. “Si aplicamos una estrategia de detección, en los próximos 20 años evitaremos más de 847 episodios coronarios, y ahorraremos más de 200.000 días de productividad laboral”, indicó Mata.

Por todo ello, en opinión de Fernando Civeira, representante de la Sociedad Española de Arterioesclerosis, donde debemos caminar es en la prevención. Hay modelos de éxito en otros países —Karelia del Norte, Finlandia— donde ya se ha conseguido reducir los episo-

dios con un impacto importante. A su juicio, una buena estrategia sería NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), con intervenciones flexibles, intensivas, y con la implicación del sistema sanitario. “Si queremos hacer un abordaje para los próximos 25 años y bajar a la mitad las enfermedades cardiovasculares, hay que hacer una intervención poblacional a nivel de primaria”. ■

El colesterol supone la cuarta amenaza más costosa en Europa, y la HF es la enfermedad genética más frecuente

La hipercolesterolemia y la hipercolesterolemia familiar en cifras



Actualmente hay una epidemia de enfermedades cardiovasculares. “En España, un tercio de las muertes se deben a estas patologías, y muchas de ellas, están relacionadas con los niveles de HC”, apuntó Pérez de Isla. Lo cierto es que existe una evidente falta de conocimiento de estas patologías, y de ahí su infratratamiento o su bajo control. “Conocemos la importancia pero nos quedamos inactivos”, lamentó. Se estima que aproximadamente 190.000 personas en España padecen de hipercolesterolemia familiar y se estima que solo un 20 por ciento de ellas están diagnosticadas. Con estas cifras, “no hay dudas de que es un problema de salud pública”, puntualizó Mata. Para este experto, un instrumento en materia de prevención es el cribado familiar en cascada.

“Hay evidencias de que es coste eficaz”, precisó el experto. Otras de las herramientas con las que cuenta el sistema son las unidades de lípidos. De hecho, las que existen actualmente están organizadas en torno a la Sociedad Española de Arteriosclerosis, con grupo de investigación potentes y un registro nacional, como adelantó Civeira. En este sentido, con la experiencia que existe en España, y con las cifras con respecto a esta enfermedad, los expertos coincidieron en que sería necesario vertebrar una estrategia. Lo cierto es que el Proyecto Colesterol Roadmap ha tratado de posicionar estratégicamente esta patología así como su visibilización. Integrado dentro de la iniciativa de la Federación Mundial del Corazón trata de reducir

la mortalidad prematura. Por ello, España fue designada para pilotar la ruta del colesterol, identificar los obstáculos y definir las soluciones. Algo en lo que se ha avanzado bastante. Retos quedan muchos: dado que la población afectada desconoce que padece HC y que existen problemas de adherencia al tratamiento, el grado de control de este factor de riesgo presenta un gran margen de mejora. Mientras ese control efectivo no se consiga, los efectos en la morbimortalidad, calidad de vida y gasto seguirán impactando. El lado positivo es que las principales causas de la HC y los principales factores de riesgo cardiovascular son modificables y existen tratamientos eficaces para el control adecuado de los niveles de colesterol en sangre.