

¿ESTÁN BIEN HECHAS LAS CUENTAS?

LOS COSTOS DE LA SALUD, LOS COSTOS DE LA ENFERMEDAD.

El gasto en medicamentos. El costo de los tratamientos. Los aportes estatales. El déficit de las obras sociales. La cobertura de las prepagas.

Mucho se habla de los “Costos de la Salud”, de lo que el Estado y los privados -individual o colectivamente- gastan en salud y de su eficiencia.

No obstante, ¿todos los factores son tenidos en cuenta?

COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS

Los **costos directos** engloban costos tanto sanitarios como no sanitarios. Los **costos directos sanitarios** se refieren a los costos derivados de la medicación (evitar recaídas, reducir los eventos adversos y/o aminorar los efectos secundarios de la medicación), de las visitas a profesionales sanitarios, de las visitas a servicios de urgencia, de las pruebas diagnósticas, de las hospitalizaciones, de la asistencia sanitaria domiciliar y del transporte medicalizado (medio de transporte necesario para ofrecer asistencia médica), reducir el grado de discapacidad de los pacientes, entre otros. Los **costos directos no sanitarios** contemplan, entre otros, los costos derivados de los cuidados personales dedicados a personas con falta de autonomía personal, pudiendo éstos ser formales (provistos por profesionales, de forma remunerada) o informales (provistos por el entorno afectivo del paciente). Por su parte, los **costos indirectos** incluyen las pérdidas de productividad laboral que sufre la sociedad como consecuencia de la morbilidad y/o la mortalidad prematura asociada a la enfermedad.

El valor social de los medicamentos también puede medirse en términos de las ganancias de productividad que generan, o las pérdidas que evitan, que pueden llegar a ser relevantes en enfermedades crónicas o que impliquen un alto grado de discapacidad física y/o mental. Los medicamentos han logrado grandes avances en la cura de enfermedades, así como en la reducción de síntomas, en la aminoración de efectos adversos, en la reducción de comorbilidades o en la mejora de la adherencia al tratamiento, que repercuten positivamente en la morbilidad de los pacientes. Estas mejoras pueden traducirse directamente en un menor grado de absentismo laboral (días de trabajo perdidos por enfermedad, bajas laborales temporales, bajas permanentes) y de presentismo laboral (menor rendimiento en el trabajo por el hecho de estar enfermo/a). Por otro lado, son numerosos los medicamentos que han logrado reducir la mortalidad prematura asociada a la enfermedad.²

Bui (2010) estima que cada nuevo medicamento introducido en el mercado ha reducido en promedio un total de 200 el número de años anuales de trabajo perdidos por jubilación anticipada y mortalidad prematura en Alemania. La ganancia acumulada de años de trabajo gracias a los medicamentos en el periodo 1988-2004 supone en torno a un 10% de la pérdida laboral del año 2004 del país¹.

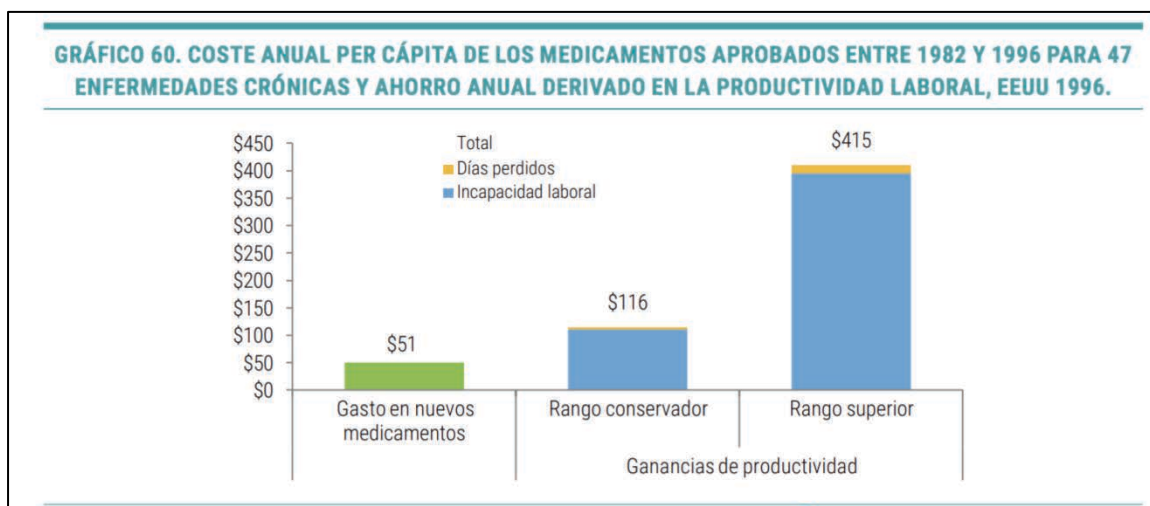
Lichtenberg incluyó en uno de sus estudios el impacto sobre la productividad, estimando que cada año adicional de novedad de los medicamentos reduce en promedio un 1% los días de trabajo perdidos y en un 1,2% la incapacidad para trabajar. Así, afirma que reducir en 1 día los días de trabajo perdidos implicaría un coste promedio en medicamentos que oscila entre 18\$ y 34\$². Si se comparan estas cifras con el salario promedio en Estados Unidos (140\$ diarios), y se pone de manifiesto que son 4 veces inferiores, da a entender que a la sociedad le compensa invertir en estos nuevos medicamentos para evitar que se pierdan días de trabajo.

En otro estudio posterior, también sobre Estados Unidos, Lichtenberg (2005) estima que el valor de los nuevos medicamentos, medido en términos de la mayor capacidad de trabajar que permiten, se sitúa entre 2,3 y 8,1 veces por encima del gasto que suponen esos nuevos medicamentos. Así, mientras que el gasto anual promedio en nuevos medicamentos (para las 47 patologías

¹ The impact of new drug launches on the loss of labor from disease and injury: evidence from German panel data Bui V & Stolpe M. International Journal of Health Care Finance and Economics (2010): 10:315-346

² The effect of changes in drug utilization on labor supply and per capita output Lichtenberg F. NBER Working Paper 9139 (2002)

consideradas de las áreas terapéuticas de enfermedades digestivas, circulatorias, respiratorias, de la piel y músculo esqueléticas) es de unos 51\$ por persona, el autor cuantifica la menor probabilidad de ser incapaz de trabajar y faltar al trabajo gracias a ese stock de medicamentos en unos 415\$ anuales por empleado³. En la cuantificación más conservadoras se asume que solo el 28% del efecto estimado sobre la capacidad de trabajar es atribuible a los nuevos medicamentos (la misma proporción que la inversión en I+D farmacéutica sobre la inversión en I+D sanitaria de la industria), correspondiendo el restante 72% a otras innovaciones médicas. Esto reduciría el ahorro anual de productividad hasta los 116\$ por empleado, que aun así seguiría siendo muy superior (2,3 veces) al gasto en nuevos medicamentos.



Fuente: Informe **"El valor del medicamentos desde una perspectiva social"**. Fundación Weber, marzo 2018

A nivel agregado, los resultados anteriores se traducen en que, si después de 1983 no se hubieran aprobado nuevos medicamentos para estas 47 patologías, en el año 1996 en Estados Unidos habría habido 1,4 millones de personas más incapaces de trabajar, lo que en términos monetarios se habría traducido en una pérdida de productividad laboral para el país de unos 43.000 M\$ anuales (61.500M\$ corrientes de 2015).⁴

EL EFECTO COMPENSACIÓN (OFFSET EFFECT).

Distintos estudios han corroborado la existencia del **efecto compensación** (offset effect) de los nuevos medicamentos en **Estados Unidos**, concluyendo que por cada unidad adicional de gasto farmacéutico se logra un ahorro neto del gasto sanitario entre 2,4 y 8,3 veces mayor, gracias fundamentalmente a las hospitalizaciones evitadas^{5, 6, 7, 8, 9}.

En **Canadá**, un estudio estimó que, por cada dólar adicional invertido en medicamentos se consiguió una reducción promedio de 4,7 dólares en el gasto hospitalario y de 1,5 dólares en el gasto sanitario total.¹⁰

En **España**, un análisis realizado por Farmaindustria determinó que el aumento del gasto farmacéutico hospitalario producido entre 1999 y 2005 generó una mayor reducción en el resto de áreas de gasto hospitalario, derivando en un ahorro neto de costes hospitalarios. En concreto, se

³ Availability of New Drugs and Americans' Ability to Work Lichtenberg F. JOEM (2005) 47(4): 373-380

⁴ Lichtenberg, F. The economic and human impact of new drugs. J. Clin. Psychiatry 64 Suppl 17, 15-18 (2003)

⁵ Benefits and costs of newer drugs: an update Lichtenberg F. Managerial and Decision Economics (2007) 28:485-490

⁶ National and International Tests of the New Drug Cost Offset Theory Santerre R. Southern Economic Journal (2011) 77(4): 1033-1043

⁷ The effect of newer drugs on health spending: do they really increase the costs? Civan A & Köksal B. Health Economics (2010) 19: 581-595

⁸ Are the benefits of newer drugs worth their cost? Evidence from the 1996 MEPS Lichtenberg F. Health Affairs (2001), 20(5): 241-251

⁹ The Impact of New Drugs on US Longevity and Medical Expenditure, 1990-2003: Evidence from Longitudinal, Disease-Level Data Lichtenberg F. The American Economic Review (2007) 97(2): 438-443

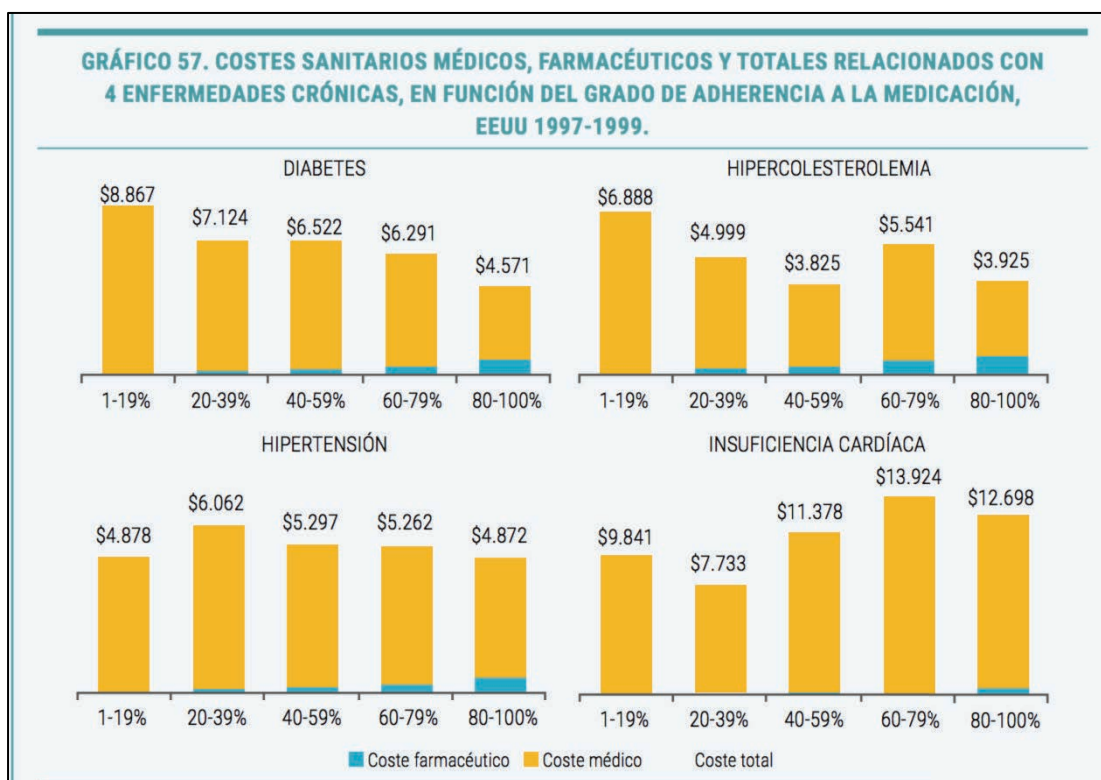
¹⁰ Do Drugs Reduce Utilization of Other Healthcare Resources? Crémieux P, Ouellet P, Petit P. Pharmacoeconomics 2007; 25 (3): 209-221

estima que por cada 10% de incremento promedio del gasto farmacéutico hospitalario per cápita en pacientes externos, el gasto farmacéutico hospitalario aumentó en 2,5 euros per cápita, mientras que el resto de partidas de gasto hospitalario se redujeron en 3,6 euros, generando un ahorro neto de 1,1 euros per cápita en el gasto hospitalario total¹¹.

LA ADHERENCIA.

La **adherencia** al tratamiento es un elemento que también puede resultar de gran importancia en términos de ahorros en costes, especialmente para aquellos pacientes con enfermedades crónicas para los que la medicación constituye un componente clave de su tratamiento.²

Distintos estudios han corroborado que una mayor adherencia puede asociarse a ahorros netos en el costo sanitario (efecto compensación)^{4, 5}. Por ejemplo, Sokol (2005) ha estimado que, para algunas enfermedades crónicas, a mayor grado de adherencia al tratamiento, mayores son los costos farmacéuticos relacionados con el mismo, pero menores los costos sanitarios totales, gracias a las visitas médicas, hospitalizaciones y urgencias que se evitan. Con respecto a un paciente adherente al 80-100% se ahorra en promedio un 29% de los costos sanitarios totales en el caso de la hipercolesterolemia, un 27% en diabetes, un 9% en insuficiencia cardíaca y un 7% en hipertensión, con respecto a un paciente cuyo nivel de adherencia oscile entre el 60-79%. Así, de cada dólar invertido en medicación se lograrían unos ahorros promedio netos en los costes sanitarios de 7,1\$ en diabetes, 5,1\$ en hipercolesterolemia y 4\$ en enfermedades cardiovasculares.⁵



Fuente: Informe **"El valor del medicamentos desde una perspectiva social"**. Fundación Weber, marzo 2018.

Roebuck (2011) también estima la magnitud del efecto compensación de los medicamentos en la adherencia, calculando que por cada dólar adicional invertido en medicamentos de pacientes adherentes, se logran ahorros netos en los costes directos sanitarios de 10,1\$ en hipertensión, 8,4\$ en fallo cardíaco, 6,7\$ en diabetes y 3,1\$ en dislipidemia.⁴

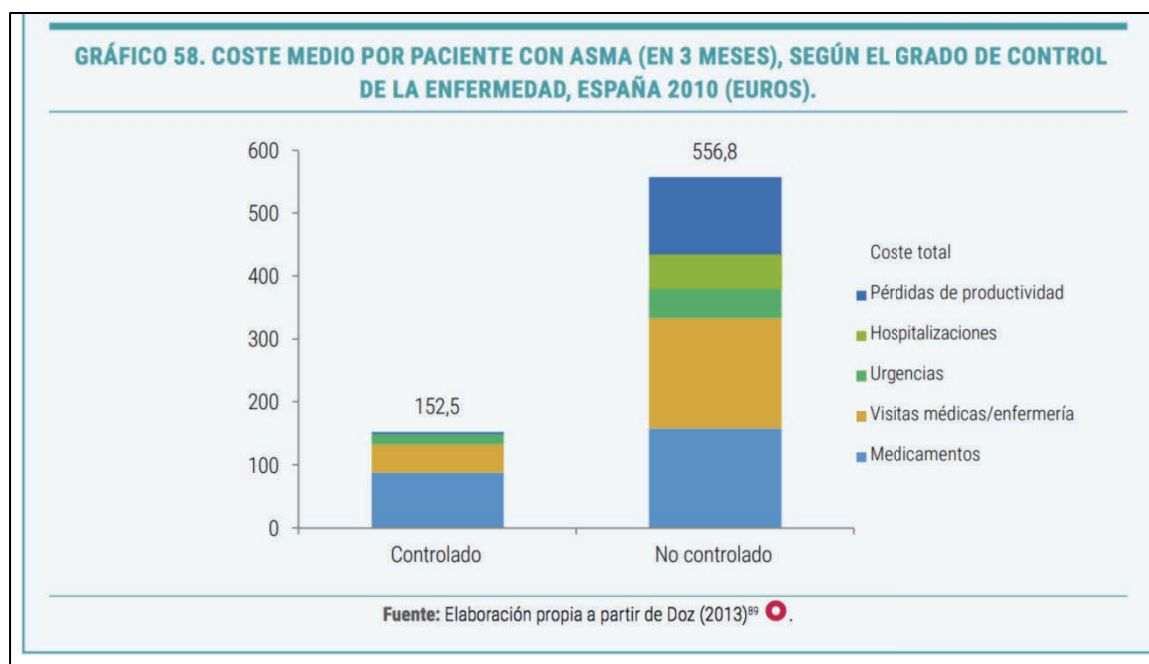
¹¹ Farmaindustria. Gasto en medicamentos innovadores y sostenibilidad. VII Seminario Industria Farmacéutica y Medios de Comunicación. Presentación de Pedro L. Sánchez. (2009).

Por su parte, según un estudio publicado en España¹², aumentar en un punto porcentual el nivel de adherencia media de los pacientes evitaría un gasto sanitario directo cuantificado en más de 8,5 millones de euros en el caso de la EPOC, además de evitar 1.089 muertes y más de 20.000 agudizaciones. El aumento de la adherencia supondría un ahorro de costos sanitarios directos de prácticamente 1,5 millones de euros en el caso de la depresión, 11 millones de euros en el caso de las enfermedades cardiovasculares y 38 millones de euros en el caso de la diabetes tipo 2.

En cáncer de mama, discontinuar el tratamiento hormonal adyuvante se asocia a unos costos anuales por paciente un 42% mayores que si no se interrumpe dicho tratamiento¹³.

En cuanto al absentismo laboral y discapacidad temporal, éste se presenta en menor grado entre los pacientes con adherencia al tratamiento que entre los no adherentes. Por ejemplo, se estima que los trabajadores adherentes que padecen diabetes, hipertensión, dislipidemia o asma/EPOC se ausentan del trabajo entre 1,7 y 7,1 días menos al año, y que sus bajas laborales temporales son entre 1,1 y 5 días más cortas que los no adherentes¹⁴. El ahorro anual en costes indirectos derivado de la adherencia a tratamientos para el asma/EPOC se estima en unos 1.700\$ dólares por empleado en Estados Unidos²².

En España, el coste medio asociado a un paciente asmático no controlado es 2,3 veces superior al de un asmático parcialmente controlado, y 3,7 veces superior al de un asmático controlado.¹⁵ Las pérdidas de productividad laboral (por incapacidad temporal) pasan de representar el 2,6% del coste total al 22% si la enfermedad no está bien controlada.



Fuente: Informe **"El valor del medicamentos desde una perspectiva social"**. Fundación Weber, marzo 2018.

AHORROS POR CONSUMO DE NUEVOS MEDICAMENTOS.

Un trabajo realizado en Holanda, se focalizó en el ahorro de los costos (sanitarios y no sanitarios) que podría haber generado el consumo de nuevos medicamentos en tres grupos de

¹² Farmaindustria, E. & Y. Plan de Adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. (2016).

¹³ IMS Institute for Healthcare Informatics. Innovation in Cancer Care and Implications for Health Systems: Global Oncology Trend Report. (2014).

¹⁴ Carls, G. S. et al. Impact of Medication Adherence on Absenteeism and Short-Term Disability for Five Chronic Diseases: J. Occup. Environ. Med. 54, 792–805 (2012).

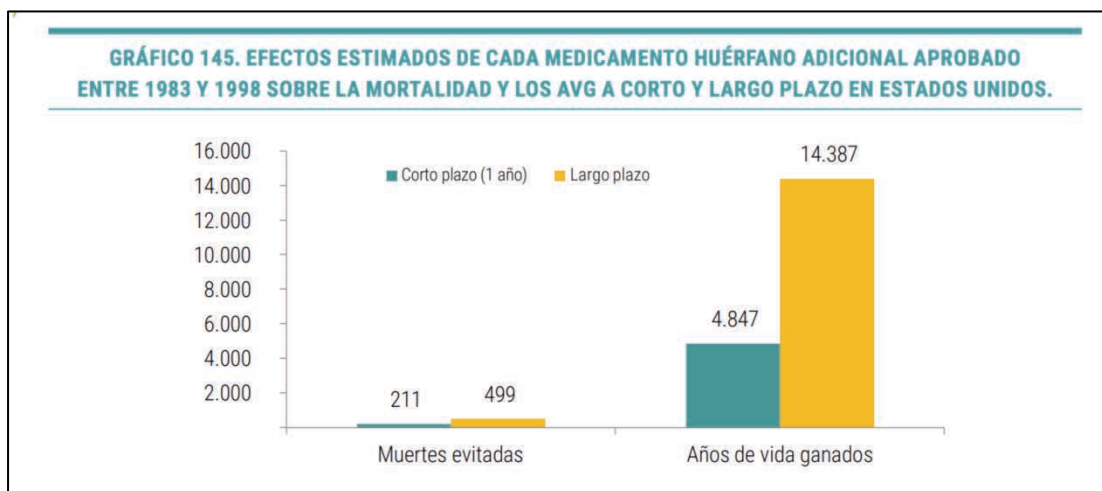
¹⁵ The association between asthma control, health care costs and quality of life in France and Spain Doz M, Chouaid C, Com-Ruelle L, Calvo E, Brosa M, Robert J, Decuyper L et al. BMC Pulmonary Medicine (2013) 13:15

enfermedades crónicas de elevada prevalencia (EPOC/Asma; enfermedad cardiovascular y trastornos mentales), especialmente entre la población de ancianos (entre los años 1995 y 2007). Se analizó el efecto de 10 fármacos, que representan el 37% de los medicamentos innovadores, en las tres áreas terapéuticas. Se concluyó que el efecto total de todos los nuevos medicamentos aprobados en esas áreas resultarían en mayores ganancias laborales: generan un ahorro anual equivalente a unas 7.212 personas contratadas a tiempo completo para atender a los pacientes (4.920 en hospitales generales (un 3,6% de su personal actual) y 2.292 en hospitales mentales (un 7,4% de su personal actual)). Así mismo, los autores resaltaron el importante papel que juega la innovación no farmacéutica, mediante la telemedicina, la domótica o los cambios organizativos y de gestión. Los resultados en una perspectiva a largo plazo, con proyecciones al año 2025 arrojó que los potenciales ahorros pueden llegar a ser entre un 26% y un 65% superiores a las estimaciones del año de base.¹⁶

EL VALOR DE LOS MEDICAMENTOS HUÉRFANOS, EN AÑOS DE VIDA.

Frank Lichtenberg, dentro de sus innumerables artículos, se ha dedicado a analizar lo referido a los medicamentos destinados a las enfermedades poco frecuentes¹⁷. Concluyó que existe un efecto significativo de los medicamentos huérfanos (destinados a las enfermedades poco frecuentes) sobre la mortalidad prematura, con un retardo de tiempo de entre 3 y 5 años tras la aprobación. A su vez, durante los dos primeros años tras la aprobación del medicamento parece no haber efecto, probablemente debido a retrasos en el acceso a los nuevos medicamentos por parte de los pacientes. Un acceso más temprano podría favorecer la reducción de la mortalidad. Asimismo, destaca como significativas las diferencias encontradas entre Estados Unidos y Francia en términos de la magnitud de los efectos sobre la mortalidad, que los atribuye en parte a un acceso más restrictivo a los medicamentos huérfanos en Francia.

En un trabajo anterior, Lichtenberg (2001) analizó el potencial efecto que ha tenido la autorización de comercialización de medicamentos huérfanos entre 1983 y 1998 sobre la mortalidad de Estados Unidos¹⁸. Según sus cálculos, por cada medicamento huérfano adicional aprobado en el periodo se evitaron 211 muertes en el año siguiente a la aprobación del fármaco y casi 500 muertes en el largo plazo. Trasladando estos datos en términos de años potenciales de vida ganados, el autor estima que por cada nuevo medicamento huérfano aprobado en el periodo se ganaron en total unos 4.900 años a corto plazo y 14.400 años a largo plazo.



Fuente: Informe **"El valor del medicamentos desde una perspectiva social"**. Fundación Weber, marzo 2018.

¹⁶ Medical innovations and labor savings in health care. An exploratory study Tsiachristas A, Notemboom A, Goudriaan R, Groot W. Research commissioned by the American Chamber of Commerce Pharmaceutical Committee (2009)

¹⁷ The impact of new (orphan) drug approvals on premature mortality from rare diseases in the United States and France, 1999-2007 Lichtenberg F. Euro J Health Economics (2013) 14: 41-56

¹⁸ The effect of new drugs on mortality from rare diseases and HIV Lichtenberg F. NBER Working Paper (2001) 8677