



Por **ÁNGEL SANZ GRANDA**

Aspectos farmacoeconómicos

La farmacoeconomía, según su definición original (Towsend, 1987) es “la descripción y análisis de costes del tratamiento con fármacos a los sistemas de salud y a la sociedad”. Partiendo de esta base se podría comenzar este tema diciendo que el coste global de las enfermedades mentales es elevado, habiéndose estimado recientemente en España (Oliva *et al*, 2009) en 7.019 millones de euros para 2002. En un primer análisis del dato global, dividiremos esta cifra en tres grandes grupos: los costes directos sanitarios, 39,6 por ciento del total; los costes directos no sanitarios, 17,7 por ciento; y los costes de reducción de la productividad, 42,7 por ciento. Llama inicialmente la atención que el 60,4 por ciento del coste total se deba a costes asociados con el cuidado informal (1,24 millones de euros) y con la reducción de la productividad laboral (2.997 millones de euros), quedando solo 2.771 millones en el subapartado de costes sanitarios directos.

Los costes sanitarios directos se calcularon desde la perspectiva del sistema nacional de salud, es decir, atribuyendo solo los recursos sanitarios que corren a cargo de tal organismo. Así pues, en este subapartado se incluyen los recursos sanitarios asociados con el manejo del paciente en el ámbito de la atención ambulatoria y de la hospitalaria. Finalmente, y para centrarnos en el objetivo de este artículo, la cantidad atribuible a los trata-

mientos farmacológicos fue del 15,5 por ciento del total de gastos, equivalente a 1.086 millones de euros. Pero la verdadera cuestión en este tema no debería ser si esta cifra es elevada o no. La esencia del problema en el análisis de los aspectos farmacoeconómicos de los tratamientos farmacológicos para las enfermedades mentales radica en la investigación del uso racional de dichos medicamentos,

EL 60,4 POR CIENTO DEL COSTE TOTAL SE DEBE A COSTES ASOCIADOS CON EL CUIDADO INFORMAL Y CON LA REDUCCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LABORAL

debiendo responder a la pregunta ¿la cifra citada es adecuada o no lo es?

LA DEPRESIÓN

Los datos de España del estudio ESE-MeD (Haro *et al*, 2006) muestran a la depresión como el trastorno mental de mayor prevalencia-vida (10,55 por ciento *vs.* 19,46 por ciento para cualquier trastorno mental), por lo que centraremos este breve análisis en la depresión. La importancia relativa del trastorno explica que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se situaran en el octavo puesto de consumo en 2009 (Ministerio de Sanidad, 2010) alcanzando la cifra de 343 millones de euros.

Ahora bien, un determinante del coste farmacológico en la depresión es la severidad del trastorno. Un estudio de costes en la depresión, efectuado en Atención Primaria (Sobocki *et al*, 2007), mostró una relación directa entre costes y nivel de gravedad, estimando que el coste farmacológico asociado a un episodio de depresión grave era del 150 por ciento del correspondiente a uno de nivel leve. A la vista de este dato, parece obvio pensar que las estrategias principales en el manejo de la depresión deberían estar dirigidas a alcanzar la remisión del proceso, evitando la progresión del paciente hacia estados de mayor gravedad del trastorno, lo que repercutiría muy positivamente no solo en la mejora de la calidad de vida de la persona sino también en la reducción del coste farmacológico asociado. Una forma de conseguir dicho

objetivo es mediante la instauración precoz de un tratamiento adecuado; sin embargo, el estudio LIDO (Simon *et al*, 2004) mostró que este aspecto no estaba optimizado.

Un aspecto que afecta notablemente a la consecución de la remisión es la no adecuación de la dosis o de la duración del tratamiento antidepresivo, acorde con las recomendaciones clínicas existentes. La administración de dosis menores o durante tiempos insuficientes se ha mostrado como un hecho que dificulta seriamente la consecución de la remisión, aumentando sus costes. En este caso, el coste de los tratamientos farmacológicos sufre unos muy importantes incrementos. El estudio STAR*D

(Rush *et al.*, 2006) mostraba cómo se reducía la probabilidad de remisión en el paciente a medida que se instauraban nuevos tratamientos consecutivos. Ello se tradujo en una reducida tasa de remisión global, obteniéndose finalmente en dicho estado solo una tercera parte de los pacientes que iniciaron el tratamiento. Un estudio de costes asociados al manejo del paciente depresivo, en función de la consecución o no de la remisión (Sobocki *et al.*, 2006) mostraba que el coste asociado al manejo de estos últimos se incrementaba hasta el 163 por ciento del correspondiente a los que obtenían la remisión del trastorno. En base a estos estudios, el autor enfatizaba en este

AUNQUE EL PACIENTE PRESENTE UN ELEVADO CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS, EL COSTE DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS NO CONSTITUYE EL DETERMINANTE DEL COSTE DE LA DEPRESIÓN

aspecto, titulando su análisis con la sugerente frase *The misión is remission*.

CONCLUSIÓN

Otros aspectos, como la exploración de las preferencias del paciente, la continuación del tratamiento tras la respuesta a la fase aguda, la consecución

rápida de una mejoría clínica o la no necesidad de modificar la pauta terapéutica inicial, se han mostrado como determinantes significativos del coste asociado a los tratamientos farmacológicos antidepresivos.

Por todo ello, es preciso tener en cuenta que, aunque el paciente presente un elevado consumo de recursos sanitarios, el coste de los tratamientos farmacológicos no constituye el determinante del coste de

la depresión y que dicho coste se asocia principalmente a la instauración precoz de un tratamiento en consonancia con las recomendaciones clínicas existentes y observando atentamente la percepción del paciente para maximizar su cumplimiento y obtener así una rápida consecución de la remisión.

Para más información:

Towsend J. Postmarketing drug research and development. *Drug Intell Clin Pharm*. 2007;21:134-6.

Oliva J, López Bastida J, Montejo A, Osuna R, y Duque B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *Eur J Health Econ*. 2009;10(4):361-9.

Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2009. IT Sist Nac Salud. 2010;34(3):89-92.

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakan I, Runeson B, Martensson B et al. Resource use and cost associated with patients treated for depression in primary care. *Eur J Health Econ*. 2007;8:67-76.

Simon G, Fleck M, Lucas R, Bushnell D, LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1626-34.

Rush A, Trivedi M, Wisniewski S, Nierenberg A, Stewart J, Warden D et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1905-17.

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, Jönsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract*. 2006;60(7):791-8.

Consultor independiente de Farmacoeconomía. Para contactar: a.sanzgranda@terra.es