V. Farmacoeconomía

Los padecimientos psiquiátricos son trastornos crónicos que afectan la calidad de vida del paciente y su familia, se acompañan de diferentes grados de incapacidad funcional que producen repercusiones económicas y sociales, ya que afectan a población en edad productiva y consumen gran cantidad de recursos para la salud tanto en el tratamiento ambulatorio como en la atención intrahospitalaria (McCue 2006, Polsky 2006).

En conjunto, las enfermedades mentales demandan la utilización de servicios a relativamente grandes niveles. Los costos económicos provenientes de los servicios de salud pueden variar ampliamente entre los pacientes, en base al género, número de contactos sociales, tiempo que permanecen en los hospitales, edad, desempeño social y síntomas negativos. Algunas investigaciones han descubierto que el estado civil, las habilidades para la vida diaria, la salud física y las actitudes del paciente justifican el 50% de los costos de tratamiento (Chwastiak 2009).

Por lo tanto, para evaluar el costo de trastornos mentales y del comportamiento deben considerarse tres tipos de costo (Rosenheck 2008, Freedman 2005):

- 1) *Directos*. Son los que realiza el estado o la institución para la organización y operación del servicio hospitalario o de consulta externa como salarios, traslado del paciente, transportes, insumos, conservación, administración, infraestructura y servicios; también se incluyen los gastos que realizan los pacientes y sus familiares en su transporte y alimentación (gastos de bolsillo).
- 2) *Indirectos*. Son ocasionados por la falta de productividad del paciente al solicitar y esperar consulta, por la muerte prematura del paciente, es decir, lo que dejó de producir por el padecimiento y/o por el tiempo que emplean sus familiares al acompañarlo a consulta
- 3) *Intangibles*. Hacen referencia a la pérdida de bienestar debido al dolor físico y psicológico del paciente y su familia por el padecimiento y la estigmatización de que son objeto.

Un hospital de psiquiatría es un escenario estructurado, terapéutico que simultáneamente provee cuidados, protección y control mientras se lleva al paciente de un estado de gran tensión a uno de tranquilidad. Sin embargo, al paso del tiempo el sistema de atención tradicional ha tenido cambios sustanciales reflejados básicamente en la reducción del número de camas para atención psiquiátrica y del tiempo de estancia hospitalaria, por ejemplo de 35 días de promedio de estancia en 1985 se pasó a 13 días en un hospital universitario (Verduzco). En

EEUU de 1970 a 1992 las camas con que contaban las organizaciones de salud mental con servicios de hospitalización o residencial pasaron de 524,878 a 270,867 debido a la reducción de hospitales del estado y por el incremento del número de hospitales privados (Verduzco). En contraste, de 1955 a 1992 el reporte de episodios de trastornos mentales que requirieron hospitalización pasó de 1.7 a 2.3 millones (Verduzco).

Los costos del padecimiento psiquiátrico se han incrementado en forma muy importante en las últimas décadas de tal forma que se deben de evaluar muy bien las características de severidad del padecimiento en cada paciente y el impacto en su entorno para poder determinar qué tipo de atención intrahospitalaria requiere: hospitalización tradicional u hospitalización parcial (Hospital parcial, Clínica de esquizofrenia, Clínica de adicciones) (Verduzco).

Para garantizar el cumplimiento de las funciones básicas de un "Hospital tradicional" (dar protección al paciente y a su entorno, así como proveerle cuidados, contacto personal, oportunidades de expresión y consulta psiquiátrica), se ha recurrido al establecimiento de programas alternos como el Hospital de día. Es así que surge el concepto de Hospitalización parcial (virtual) donde se puede incluir un gran número de padecimientos que no impliquen un riesgo de suicidio o conductas muy disruptivas que tradicionalmente eran tratados en hospitalización sin considerar los costos que se generarán.

Desde la década de los 70's se señala que los resultados de hospitalización no son mejores que las alternativas de atención psiquiátrica como son las de estancia intrahospitalaria breve, programas de hospitalización parcial (virtual) como hospital de día y de rehabilitación psicosocial, que incluyan diversas actividades diarias como talleres de oficios y manualidades, actividades físicas (natación, acondicionamiento físico), actividades recreativas, asambleas con grupos de pacientes y familiares, manejo psicoterapéutico individual o grupal, intervención en crisis con manejo mixto intensivo (psicoterapéutico y farmacológico) (Verduzco).

Una comparación más, radica en el equipo de salud mental que interviene en cada programa. En la Hospitalización tradicional se requiere al menos una asistente médica por turno de 8 horas diarias incluyendo sábado y domingo; una trabajadora social en dos turnos (matutino y vespertino) de lunes a sábado; un equipo de enfermería integrado por una auxiliar de enfermería, una enfermera general, una enfermera especialista y un técnico en salud mental, las 24 horas de los 7 días de la semana; un psicólogo en turno

matutino y vespertino de lunes a viernes; y un médico psiquiatra las 24 horas del día de lunes a domingo. (Verduzco, Rosenheck 2006).

Por su parte, los programas de hospitalización parcial (Hospital de día virtual) tienen como elementos esenciales la terapia ocupacional, las terapias de socialización y familiar-grupal. Son diferentes programas de atención con 8 horas de cobertura semanal o más, diseñados para incluir a 6 o más pacientes ambulatorios, atendidos por un equipo interdisciplinario y proveedores de un plan coordinado, multimodal e interconectado de terapias dentro de un medio terapéutico (Hospital de psiquiatría), con una continuidad en el trabajo terapéutico de al menos dos días por semana, con una asistencia diaria de al menos 3 horas y menos de 24. Esto se traduce en un tratamiento limitado en el tiempo, activo intensivo, que promueve la estabilización en las crisis y el tratamiento a mediano plazo, según la Asociación Americana de Hospital parcial (Jones 2006).

El equipo de salud mental que se requiere para este tipo de programas está conformado por al menos una enfermera en turno matutino, un técnico en salud mental, una trabajadora social, un médico psiquiatra y un profesor por cada taller o actividad especial programada (como un profesor de educación física, uno para taller de piel y cuero, otro para pintura, etc.) todos de lunes a viernes en un turno de 8 horas; y, de acuerdo a los objetivos que se establezcan en cada paciente en forma particular, se podrá dar atención a pacientes agudos, subagudos y crónicos.

En términos generales, la determinación del esquema de tratamiento de los pacientes psiquiátricos es de forma discrecional por parte de los médicos, ya que aún al seguir criterios clínicos generales, la indicación terapéutica depende en gran medida de la apreciación de los mismos.

CONCEPTO DE FARMACOECONOMÍA

La Farmacoeconomía es una disciplina surgida en los años 80's del siglo pasado, habitualmente se utiliza como sinónimo de "Evaluación Económica de Medicamentos", inmersa dentro de una disciplina más amplia llamada "Evaluación de Tecnología Sanitaria".

La OMS considera Tecnología sanitaria a aquellos equipos, medicamentos, técnicas y procedimientos que intervienen en el campo de la salud y constituye una herramienta importante para la toma de decisiones y para mejorar los niveles de eficiencia en el sistema de salud.

Las técnicas de evaluación farmacoeconómica son:

- Análisis costo-beneficio.
- Análisis costo-efectividad.
- Análisis de minimización de costos.
- Análisis de costo-utilidad.
- Análisis de costo-oportunidad.

Los medicamentos actualmente disponibles, en lo general, son productos de alta tecnología cada vez más eficaces y selectivos, pero, en ocasiones, de elevado costo, por lo que su comparación es necesaria, tanto en términos económicos como de calidad de vida, en una época caracterizada por la escasez de recursos y la demanda de atención.

Los factores demográficos, la cobertura de los servicios, el envejecimiento de la población, la disponibilidad de alta tecnología sanitaria y otros, hacen que los gastos en salud crezcan en porcentaje dentro del PIB de muchos países, dentro de este gasto se presta cada vez más atención al farmacéutico.

FARMACOECONOMÍA Y ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, representa el 40-50% de las hospitalizaciones psiquiátricas, es una enfermedad crónica, incurable, generalmente controlable, cuyo pronóstico varía mucho en relación con el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno, el abordaje multidisciplinario, los esfuerzos que se hagan en el campo de la rehabilitación psicosocial y la red de apoyo familiar.

El hecho de que sea una enfermedad crónica, alimenta los servicios de consulta externa por tiempo prolongado, además, el 80% de los pacientes con esquizofrenia con falta de apego al tratamiento recaerán en el 1er año de haber iniciado su tratamiento y el 52% tendrá recaídas múltiples en un año y tendrán una recuperación parcial después de cada episodio.

Debido a todo lo anterior y por su impacto económico, se considera a la esquizofrenia como un problema de salud pública, en el que la familia entera y la sociedad sufren las consecuencias tanto médicas como económicas del padecimiento debido a la necesidad de asistencia de los enfermos.

Implica el uso de grandes cantidades de recursos humanos y económicos, llegando a requerir mayores inversiones que el tratamiento para todos los tipos de cáncer en los EUA, incluso aún después de la desinstitucionalización de este padecimiento (Hoch 2007).

Se ha estimado que en el Reino Unido el costo anual de tratamiento de una persona con diagnóstico de esquizofrenia es de £2,138, con 185,400 pacientes; combinando estas cifras se tiene un costo total anual de £396 millones o un 1.6% del presupuesto total en salud de ese país (Arango 2007).

Así, la estimación de los costos económicos de la esquizofrenia constituye un aspecto fundamental para la mejor comprensión de la magnitud de este problema de salud pública.

Las evaluaciones económicas en la salud mental se han venido incrementando y esto se debe parcialmente al hecho de que es necesario justificar los costos extras asociados con el beneficio adicional provisto por los tratamientos nuevos (Hoch 2007, Rosenheck 2008).

En la actualidad, las evaluaciones publicadas sobre costo-efectividad de los antipsicóticos han sido desarrolladas a través de modelos económicos analíticos (Pauker 1978).

Estos modelos forman una metodología relativamente rápida para estimar las consecuencias económicas de un medicamento y proveen la flexibilidad de incorporar al análisis diferentes tratamientos, perspectivas y duración de los tratamientos (Palmer 2002, Bobes 2004).

Sin embargo tienen como limitante la necesidad de emplear estudios prospectivos para validar la información recopilada dentro de un estudio de modelaje, lo que impide que se puedan generalizar fácilmente a otras poblaciones (Drummond 2005, Stroup 2008).

No obstante lo anterior, este tipo de evaluaciones es prioritario para las instituciones de seguridad social de los países en vías de desarrollo (Muñoz 2005).

En México, los estudios que estiman los costos de las enfermedades son pocos y en una enfermedad como la esquizofrenia aún son más escasos, de aquí la necesidad de realizarlos para de esta manera poder calcular objetivamente el impacto económico de la enfermedad en nuestro país y optimizar así los escasos recursos de que disponemos.

Uno de estos estudios (Verduzco), se realizó en el Hospital de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta", IMSS, teniendo como objetivo evaluar los costos de hospitalización, para lo que se efectuó un análisis documental de una cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia como causa de ingreso en el periodo de 2003-2007; se definió recaída como la agudización de los síntomas que llevan a la rehospitalización, periodo durante el cual se cuantificó la cantidad de recursos utilizados.

El tamaño de la muestra fue de 74 pacientes con un seguimiento promedio de 3.56 años, siendo la estancia media hospitalaria de 20.75 días, con un lapso de tiempo entre recaídas de 11.4 meses en promedio. El tiempo promedio entre recaídas fue de 3.58 años (IC 95%; 1.25-5.9). Asimismo es importante enfatizar que el 95% de las recaídas fueron a causa de la falta de apego al tratamiento prescrito.

Los medicamentos representaron el 1.02% del total del costo de una recaída. Se observó que el costo más representativo fue la estancia hospitalaria, presenta el 96.61% del costo total de una recaída.

De los resultados se desprende que en realidad el costo directo que representan los medicamentos es bajo en comparación con los altos costos que representa la rehospitalización en sí, por el gasto en recursos humanos.

Otro estudio realizado en el mismo hospital estimó, a través de un estudio de simulación y por un periodo de un año, los costos y la efectividad de cinco tratamientos antipsicóticos (ziprasidona, olanzapina, risperidona, haloperidol y clozapina) que se encuentran dentro del cuadro básico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Mould 2009).

El modelo se limitó a pacientes en un entorno hospitalario en el que la medida de efectividad fue el número de me-

ses libres de síntomas psicóticos; los resultados mostraron diferencias mínimas.

No obstante, en diferentes estudios se empleó el mismo horizonte temporal de 1 año (Bobes 2004, Obradovic 2007, Geitona 2008, Edwards 2008), sin incluir consecuencias a largo plazo, cambios en la calidad de vida y sobre todo los dominios referentes a su actividad física, laboral, de interrelación interpersonal con sus familiares y otros miembros de la sociedad (Carr 2004).

El tercer estudio reportado en México evaluó el costo-efectividad comparando tres tratamientos antipsicóticos (olanzapina, haloperidol y risperidona) durante un periodo de 5 años (Palmer 2002).

CONCLUSIONES

Se debe considerar a los trastornos mentales como enfermedades crónicas con derecho a tratamiento y asegurar disponibilidad de fármacos para así tener acceso al mejor tratamiento.

Se ha considerado que en la elección del mejor medicamento para la esquizofrenia se debería tener en cuenta tres aspectos: el que sea más efectivo, tenga menos efectos colaterales y conlleve un menor costo tanto para el paciente como para las instituciones de salud (Hoch 2007, Freedman 2005).

Los medicamentos antipsicóticos que prevengan o reduzcan las recaídas y otros servicios médicos pueden ser útiles en mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos médicos directos del tratamiento (Arango 2007, Bernardo 2006).

Se debe incidir en el problema de la adherencia, que es fundamental puesto que las tasas de abandono son elevadas debido a:

- Nula advertencia de la enfermedad por parte del paciente.
- Ausencia de toma de decisiones por él mismo.
- A los efectos colaterales de los medicamentos.
- Al propio costo de los medicamentos.

Se debe tomar en cuenta el incremento de los costos de tratamiento debido al manejo de los efectos adversos secundarios al uso de medicamentos y la comorbilidad médica, con tasas más elevadas en los pacientes con trastornos mentales (Villamil 2005).

Por lo tanto, el control de los eventos adversos es uno de los factores que se consideran más relevantes para evitar el abandono del tratamiento (Obradovic 2005, Heinze 2005).

La obesidad secundaria al tratamiento de la esquizofrenia actualmente se considera que es uno de los factores que mayormente contribuye al incremento de los costes de la atención médica de estos pacientes (Chwastiak 2009).

Finalmente, aún es controversial que los antipsicóticos atípicos sean mejores que los típicos (Rosenheck 2006, Jo-

nes 2006); en algunas publicaciones no se han encontrado mayores beneficios con los antipsicóticos atípicos (Rosenheck 2008, Joones 2006, McCue 2006, Polsky 2006), aunque en algunos de esos estudios no se han usado las dosis óptimas (Tandon 2006, Leucht 2009, Davis 2009) o el periodo de seguimiento de los pacientes no ha sido el apropiado para evaluar la presencia de efectos secundarios (Freedman

2006); un meta-análisis reciente muestra que no hay diferencias importantes entre estos dos grupos de medicamentos (Leucht 2009).

No existe el medicamento perfecto para el tratamiento de la esquizofrenia (Agid 2007, Gründer 2009) seguirá siendo necesario mejorar los tratamientos, y mientras se pueda, tomar una decisión costo-efectiva (IMSS).