

la enfermedad de los costes indirectos

Los costes asociados a la EA son principalmente indirectos. Los tratamientos farmacológicos suponen un desembolso del 8% del total del gasto, mientras que los cuidados del enfermo representan más del 77% del gasto total. Estos costes indirectos son asumidos principalmente por las familias, en las que, al menos, un miembro se dedica al cuidado del enfermo.

*Ana Domínguez Castro
José M^a López Alemany*

El importante desarrollo sanitario del siglo XX ha permitido que la esperanza de vida al nacer se haya duplicado en los últimos 100 años, pasando de casi 35 años en 1900 a los casi 80 años que se cifra en el año 2000. Este incremento de la esperanza de vida ha dado lugar a la aparición de nuevas enfermedades, propias de la vejez, así como a un espectacular crecimiento de la prevalencia de las mismas. El caso más dramático es la enfermedad de Alzheimer (EA).

En Estados Unidos, actualmente, se están cuestionando la viabilidad futura de los sistemas de protección Medicaid y Medicare en función de las cifras esperadas de enfermos de Alzheimer en los próximos años. Si en el año 2000, se destinaron 18.200 millones de US\$ (18.750 millones de euros), se estima que para el año 2010, se gastarán 33.000 millones de US\$ (34.000 millones de euros) únicamente en residencias para enfermos de Alzheimer. Y hablando de cifras totales se incrementará en más del 54% el gasto en Alzheimer, alcanzando los 50.000 millones de US\$ (51.500 millones de euros). Con esta perspectiva, y pensando en un futuro a más largo plazo, se estima que, para cuando la generación del *baby boom* alcance la vejez, el número de afectados por Alzheimer en los EE.UU., podría pasar de los 5,5 millones estimados actualmente a más de 14 millones de personas con EA y el sistema tendría graves problemas para atender sanitariamente la demanda. Por este motivo, desde Alzheimer's Association y otras instituciones, se está presionando, al gobierno de los EE.UU para que proceda a destinar fondos suficientes para la investigación de terapias antialzheimer.

El problema económico que genera la EA es de tal magnitud que puede hacer cambiar la concepción que tenemos, hoy en día, de la sanidad si en unos pocos años no se encuentra el fármaco que

Costes anuales por paciente según la puntuación del MMSE. Datos en euros.

	>18	12-18	<18	Media
DIRECTOS				
Visitas	607,95	597,01	595,25	595,99
Hospitalización	283,60	215,43	575,38	417,22
Medicación	544,88	619,62	646,15	629,27
Exploraciones	343,23	342,48	259,41	295,95
Material sanitario	83,62	70,85	383,40	241,52
Atención domiciliaria	325,26	1.570,62	1.969,36	1.687,48
Residencias geriátricas	0,00	1,27	11,17	6,70
Centros de día	275,84	379,28	818,91	612,03
Transporte	109,02	211,86	359,92	276,24
SUBTOTAL	2.573,41	4.008,43	5.618,95	4.763,06
INDIRECTOS				
Horas laborales perdidas	491,18	466,62	265,24	358,56
Cuidador principal	9.274,05	10.905,60	13.670,64	12.523,27
Cuidadores no principales	1.664,18	2.607,04	4.731,48	37.010,33
SUBTOTAL	11.429,41	13.979,26	18.667,36	16.339,13
TOTAL	14.002,82	17.987,69	24.286,30	21.102,19

Fuente: M. Boada et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en España. Med Clin (Barc) 1999;113(18):690-695.
*Actualizando el IPC hasta el año 2001

permita el control efectivo de la enfermedad.

Los costes asociados a la EA son fácilmente divisibles en directos sanitarios e indirectos o sociales pero difícilmente cuantificables. Mientras que los costes directos tales como la hospitalización, las visitas médicas, residencias y transportes entre otros, supone entre el 18 y el 23 por ciento de los costes totales, la mayor cantidad del gasto asociado a la EA se dedica a los cuidados que requiere el paciente.

En España y, en general, en las sociedades latinas, la familia asume la mayor parte del esfuerzo económico que requiere mantener la asistencia de un enfermo de Alzheimer, pero esto no es así en todas las culturas y, en el caso de nuestro país, la sociedad española puede cambiar, principalmente debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, dando lugar a situaciones de abandono de estos pacientes. No hay que olvidar que un enfermo con EA avanzada depende, las 24 horas del día, de la ayuda y atención de una persona, actividad que, generalmente desarrolla un familiar.

En cuanto a los costes directos de la enfermedad, uno de los costes más elevados es el que se refiere a la atención domiciliaria, que engloba las visitas a domicilio de médicos, ATS, asistentes

sociales, voluntarios y empleados del hogar. El siguiente coste en importancia es el referido a los tratamientos farmacológicos.

Según se produce el avance de la enfermedad se incrementan los costes de los tratamientos que recibe el paciente, pero el aumento de estos costes se produce principalmente por la

Desde el punto de vista de los costes, es muy importante limitar el avance de la EA ya que, en su progresión, éstos se incrementan llegando a duplicarse en los estadios más avanzados de la EA; por ello se debe lograr un diagnóstico y tratamiento precoz.

medicación destinada a los trastornos no cognitivos como son la ansiedad, las depresiones y trastornos psicóticos.

Además de los trastornos del sistema nervioso central relacionados con la EA, hay otras complicaciones como la neumonía, que afecta a la mayoría de los pacientes. El coste de la asistencia y tratamientos de un paciente con neumonía es de más de 2.750 euros por proceso, según se recoge en los contratos programa del SVS/Osakidetza para el año 2000.

El coste de los tratamientos

antialzheimer, según sus PVL en el año 2002, puede variar entre 589,41 y 1.036,86 euros al año (en función de la especialidad y dosificación elegida), cifras que no superan el 8% de los costes totales de la enfermedad, pero que aportan al progreso de la misma una gran ventaja, ya que limitan, discreta pero realmente, el avance de la enfermedad al menos durante un año.

La enfermedad, según progresa en su implacable historia natural, va exigiendo la dedicación de más recursos. A medida que el enfermo va perdiendo capacidad, se hace más dependiente y la ayuda que requiere para la ejecución de las tareas más sencillas llega a ser imprescindible. Además, son frecuentes los problemas asociados que hacen necesaria la atención médica y hospitalaria, y se hace necesario, en muchos casos, el ingreso del paciente en centros asistenciales.

Todo este incremento de costes con la evolución de la enfermedad llega a suponer que, en etapas avanzadas de la enfermedad de Alzheimer, los costes asociados a la misma casi dupliquen a los que tenía la enfermedad al inicio de su progresión. Por tanto, es muy importante limitar el avance de la EA ya que, en su evolución, los costes se incrementan llegando a duplicarse en los estadios más avanzados de la enfer-

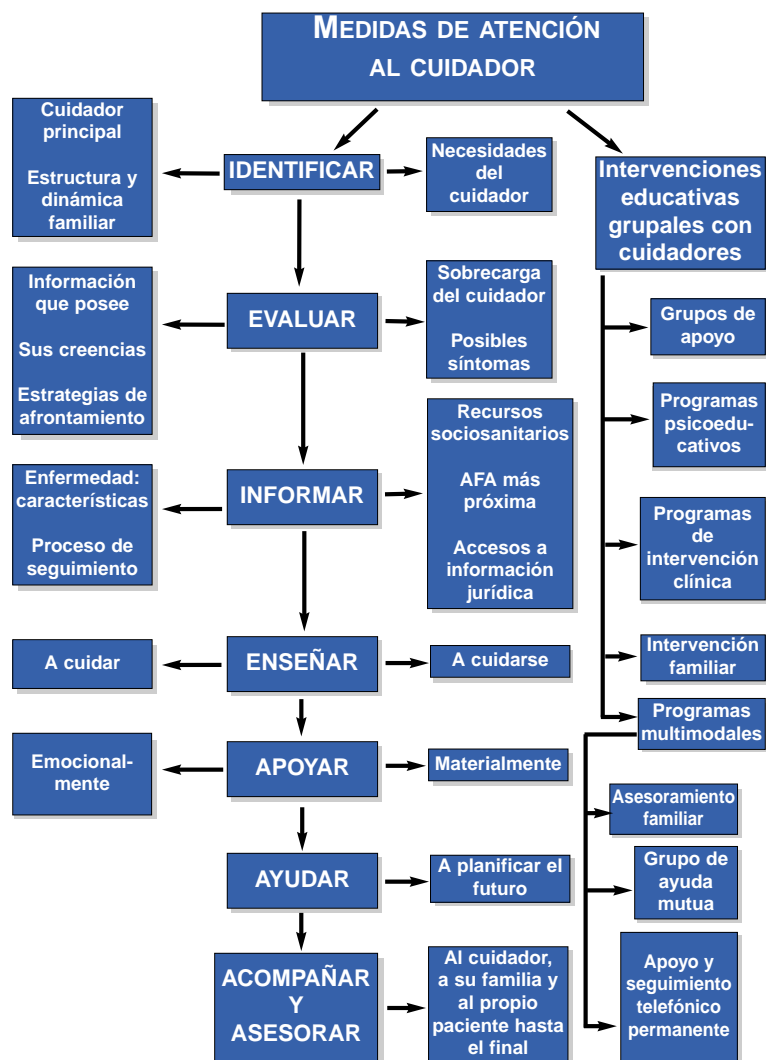
medad; y para ello es necesario el diagnóstico y tratamiento precoz.

Costes indirectos

La enfermedad de Alzheimer, por sus especiales características presenta unos costes indirectos e intangibles que, hacen de la enfermedad un problema además de sanitario, familiar y social de repercusiones muy elevadas.

Al sufrimiento de los familiares del enfermo, que ven cómo se deteriora rápidamente, se debe sumar la importancia de no poder hacer más por él

Protocolo de ayuda al cuidador de enfermos de Alzheimer



Fuente: Descripción del proceso Demencia. Octubre de 2001. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

que procurarle los mejores cuidados. Sin embargo, ese deseo de atenderle presenta una serie de inconvenientes y gastos que, en una patología como esta deben ser tenidos en cuenta.

Se estima que la dedicación al enfermo son 73,5 horas a la semana, variando, lógicamente, en función de la gravedad de la enfermedad. Con este nivel de dedicación, son muchos los cuidadores que tienen que abandonar su puesto de trabajo para poder cuidar a su familiar o perder numerosas horas de trabajo. Estimando un coste por hora de 3 euros, coste muy bajo, cada enfermo de Alzheimer requeriría la inversión de entre 9.000 y 13.000 euros al año para abonar el trabajo realizado por los cuidador principal. A este coste se le deberían añadir las horas de trabajo perdidas por otros familiares para realizar tareas de apoyo al cuidador principal y la colaboración de cuidadores ocasionales.

Como costes adicionales deben sumarse también las adaptaciones en viviendas y vehículos para permitir su utilización por el enfermo y todos aquellos gastos o pérdidas de ingresos a consecuencia de la enfermedad.

Según diferentes estudios publicados, el coste anual por enfermo de Alzheimer podría rondar entre los 15.000 y 25.000 euros, cifra que debe hacer replantear el escenario sanitario actual y potenciar tanto el diagnóstico precoz como los tratamientos que demuestren eficacia.]

Bibliografía utilizada

1. Launer LJ, Fratiglione K, Breterler RJM Andersen MMB, Copeland JF, Dartigues A et al. Regional Differences in the incidence of dementia in Europa: EORODERM Collaborative Analysis. Enlqbal K, Swaab D, Winblad B, Wisniewski H. Alzheimer's disease and related disorders: etiology, patogénesis and therapeutic sand. Chichester: John Wiley & Sons 1999.p.10-15.
2. Jorm A. Risk factors for Alzheimer's diseases. En: O'Brien J, Ames D, Burns A, editores. Dementia (2.a ed.). Londres: Arnold, 2000: 381-390.
3. Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Amaducci LA et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. Results from EURODEM pooled analyses. Neurology 1999; 52: 78-84.
4. Hendrie HC, Ogunniyi A, Hall KS, Baiyewu O, Unverzagt FW, Gureje O et al. Incidence of dementia and Alzheimer disease in 2 communities: Yoruba residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans residing in Indianapolis, Indiana. JAMA 2001; 285: 739-747.
5. Kalmijn S, Launer LJ, Lindermans J, Bots ML, Hofman A, Breteler MM. Total homocysteine and cognitive decline in a community-based sample of elderly subjects: the Rotterdam Study. Am J Epidemiol 1999; 150: 283-289.
6. Letteneur L, Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Ott A, Copeland JRM et al. Education and the risk for Alzheimer's disease: sex makes a difference. EURODEM pooled analyses. Am J Epidemiol 2000; 151: 1064-1071.
7. Del Ser T, Hachinski V, Merskey H, Muñoz DG. An autopsy-verified study of the effect of education on degenerative dementia. Brain 1999; 122: 2309-2319.
8. M. Boada J. Peña-Casanova F. Bermejo F. Guillén W.M. Hart C. Espinosa J. Rovira. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. Med Clin (Barc) 1999; 113: 690-95
9. J. Vilalta-Franch, S. López-Pousa, J. Llinàs-Reglà. Tratamiento de los síntomas no cognitivos en la enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 1999;29(9):819-824
10. L. Mínguez Martín, Y. García Alonso, N. Gómez Barros, E. González Pablos Calidad de vida familiar y centros de día para pacientes con demencia. An. Psiquiatría (Madrid) 2001;17(3):94-99.
11. Eric Van Exel, Anton J. M. de Craen, Jacobijn Gussekloo. Association between high-density lipoprotein and cognitive impairment in the oldest old. Annals of Neurology 2002;51(6):716-721
12. M.A. Gutiérrez Iglesias, A. Aizpurúa Imaz, O. Moracho del Río, J. Asua Batarríta. Análisis de las escalas de medición, eficacia de los tratamientos e impacto sociosanitario de la enfermedad de Alzheimer en el País Vasco. Med Clin (Barc) 2000;114(supl3):93-98
13. Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad. José Manuel Martínez-Lage, Zaven S. Khachatryan. Editorial Masson, 2001