



Editorial

EN ESTA EDICIÓN

1. **Hacia una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica** 2
 2. **Revisión exploratoria de literatura: Costo de la enfermedad, eficacia y costo-efectividad de intervenciones asociadas a la demencia** 7
 3. **Revisión rápida de costo-efectividad de intervenciones sanitarias para la cesación del hábito tabáquico** 15
- Infografía:
"Financiamiento de la Salud en Chile" 21
- Noticias 22

Boletín Semestral
Economía y Salud
Volumen 9 · N° 1 · 2015
Julio

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile
Mac Iver 541,
Santiago de Chile
Fono: (56) 22574 05 08

Diseño, diagramación e impresión:
ANDROS IMPRESORES

Los efectos sanitarios producidos por las transformaciones económicas y sociales que han afectado a los países desde finales del siglo XX, entre ellos, los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población, requieren necesariamente un cambio en la forma en la que se organiza el sistema de salud. Si a comienzos del siglo pasado las principales causas de mortalidad se debían a enfermedades infecciosas, hoy en día, las enfermedades crónico-degenerativas y neuropsiquiátricas se han convertido en las principales causas de mortalidad y discapacidad, las que están determinadas en gran parte por factores de riesgo que provienen de conductas y hábitos de vida poco saludables, como por ejemplo, el sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo. De hecho, Chile es el país de América con mayor prevalencia de consumo de tabaco, lo que constituye uno de los factores de riesgo evitables de enfermedad y muerte más importantes.

En este ámbito, ya es conocido que los factores de riesgo pueden ser modificados anticipadamente, por lo que toma relevancia la implementación de políticas de salud preventivas, concepto que ya se planteaba a partir de los principios de Alma-Ata en 1978, donde la atención primaria de salud toma un rol fundamental.

En esta nueva edición del boletín del Departamento de Economía de la Salud se abordan estas importantes temáticas mencionadas anteriormente y con el objetivo de aportar a la discusión y mejoramiento de nuestro sistema de salud se ponen a disposición los siguientes tres artículos.

El primer artículo, denominado **"Hacia una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad**

geográfica", toma como marco la importancia del fortalecimiento de la atención primaria de salud, específicamente en el tema de financiamiento. Describe algunas recomendaciones que surgen mediante un proceso de participación de diversos actores relevantes y evidencia de otros estudios, que buscan mejorar el mecanismo de asignación de recursos a la atención primaria municipal por medio del financiamiento per cápita, con criterios de equidad geográfica.

Considerando los efectos sanitarios descritos por las transiciones demográficas y epidemiológicas, se presenta el segundo y tercer artículo respectivamente, denominados **"Revisión exploratoria de literatura: Costo de la enfermedad, eficacia y costo-efectividad de intervenciones asociadas a la demencia"** y **"Revisión rápida de costo-efectividad de intervenciones sanitarias para la cesación del hábito tabáquico"**, los que recaban evidencia relevante para aportar en el proceso de priorización de intervenciones en salud que debe realizar el país por motivos económicos (oferta limitada y demanda ilimitada, costos crecen más que los ingresos), y por motivos que tienen que ver con la costo-efectividad y equidad en la asignación de recursos.

Finalmente, en esta edición se presenta una infografía del financiamiento de la salud en Chile para ilustrar las fuentes de financiamiento, quiénes financian, quiénes administran los fondos y dónde se gastan los recursos en salud en nuestro país.

Esperando que estos artículos sean de su interés y si desea profundizar en ellos o en otras temáticas de nuestro quehacer le invitamos a visitar nuestras páginas: <http://desal.minsal.cl> y <http://ies.minsal.cl>.

Hacia una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica

MÓNICA ARAVENA P.¹; ANDREA ARENAS G.²

maravena@minsal.cl; andrea.arenas@minsal.cl

■ ANTECEDENTES

La forma de financiar las prestaciones en salud, tanto en Atención Primaria de Salud (APS) como en los diferentes niveles de resolución sanitaria, impacta directamente en los objetivos sanitarios de un país. En Chile, tanto la administración como el financiamiento de la APS es heterogénea, la mayor parte de los establecimientos de APS son administrados por los Municipios mientras que un porcentaje mucho menor sigue siendo administrado por los Servicios de Salud (Vargas & Poblete, 2006).

El financiamiento de la APS obedece principalmente a mecanismos de asignación per cápita. El aporte per cápita municipal se compone de un aporte homogéneo por beneficiario para todas las comunas de Chile denominado "per cápita basal", el que considera la cobertura de un Plan de Salud Familiar (PSF) que otorga una cartera de prestaciones de salud establecidas en dicho plan por decreto. A este aporte basal se adicionan ciertos incrementos a través de ajustadores, denominados "indexadores", que buscan disminuir las diferencias de costos a nivel geográfico por medio del nivel socioeconómico del municipio, ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud en cada comuna.

Se identifican primordialmente tres problemáticas en los estudios sobre financiamiento en APS realizados en Chile. La primera es la subvaloración del per cápita basal, la segunda, que los actuales indexadores no necesariamente logran capturar las diferencias de costos a nivel local, y la tercera, la desventaja de las comunas denominadas "costo fijo" (MINSAL, 2014a). Estudios que han revisado algunos indexadores socioeconómicos de la fórmula per cápita (MINSAL, 2012; Vargas & Poblete, 2006; Vargas & Wasem, 2006), coinciden en que los ponderadores de esta forma de asignación deberían recoger las diferencias del riesgo comunal generadas por la

diversidad socioeconómica, la ruralidad y la densidad poblacional. Por otro lado, se ha demostrado que los resultados en salud se ven afectados de forma significativa por el lugar de residencia de las personas.

En este sentido, la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, ha planteado en su objetivo estratégico N° 5 la necesidad de reducir las inequidades en salud de la población mediante la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud, entre ellos destaca la necesidad de disminuir la brecha de inequidad de salud relacionada con la ubicación geográfica.

A fin de avanzar hacia este objetivo estratégico el Departamento de Economía de la Salud ha desarrollado algunos estudios³ sobre el financiamiento de la APS en Chile. En esta oportunidad se presentará un resumen de uno de los últimos aportes a fin de abordar el tema de inequidad y ubicación geográfica, denominado: "*Colaboración en la elaboración de una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica*"⁴.

En este sentido se diseñó e implementó un proceso de consenso, por medio de instrumentos de recolección de información, que permitieron contar con antecedentes técnicos necesarios para realizar una propuesta de recomendaciones técnicas hacia la asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica.

Para los fines descritos se consideraron y ordenaron tanto los documentos metodológicos asociados a los métodos de consenso, como la evidencia o estudios disponibles a nivel nacional en el ámbito del financiamiento de Atención Primaria en Salud (APS). Los dos métodos más usados en salud son el Delphi y la técnica de grupo nominal (o panel de expertos) (Jones & Hunter, 1995).

1 Profesional del Departamento de Economía de la Salud, MINSAL.

2 Profesional del Departamento de Economía de la Salud, MINSAL.

3 Disponibles en: <http://desal.minsal.cl/publicaciones/financiamiento-y-analisis-sectorial/>

4 Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/INFORME_RECOMENDACIONES_ASIGNACION_RECURSOS3.pdf

La ventaja de los métodos de consenso es que ofrecen una forma de condensar la información, sin perder el propósito de estipular hasta qué punto los “expertos” están de acuerdo en una cuestión dada.

En especial el método Delphi involucra la participación de un grupo de personas anónimas que expresa en un cuestionario su opinión y luego reciben retroalimentación a partir de las respuestas grupales recogidas; el proceso se repite un determinado número de veces con el fin de delimitar el rango de respuestas. El anonimato, la retroalimentación y evitar la confrontación directa entre los expertos, son las ventajas más mencionadas (Hsu & Sandford, 2007; Gordon, 2012; Okoli & Pawlowski, 2004).

■ METODOLOGÍA

Por las ventajas mencionadas se seleccionó el método Delphi; las etapas utilizadas en este proceso fueron: la revisión del contexto y definición del problema; la selección de expertos o informantes claves; la invitación a los participantes; la formulación de las preguntas o tópicos (cuestionarios); las rondas del Delphi; el análisis de los resultados; y la difusión de los mismos.

El esquema de aplicación del método escogido se fundamentó en la exploración de documentos asociados a los lineamientos metodológicos de la técnica y, a la problemática con relación al financiamiento de la APS. Desde la revisión se definieron los siguientes lineamientos para el diseño del instrumento a consultar a los expertos o informantes claves: búsqueda de definiciones claras y consensuadas con relación a los conceptos involucrados, como son la territorialidad y, por consiguiente, equidad geográfica; los recursos financieros y los mecanismos por medio de los cuales se asignan, identificación de recomendaciones en relación con cómo modificar el mecanismo de financiamiento per cápita; y la caracterización de otros factores, más allá de los financieros, que pueden afectar el logro de mayor equidad en la distribución de recursos (por ej., los recursos humanos, el equipamiento y la infraestructura) y también relacionados con la gestión, con el desarrollo de nuevas iniciativas, el trabajo intersectorial y los determinantes sociales.

Se realizó así la aplicación de dos rondas de preguntas y un taller presencial con los actores relevantes, lo que derivó en un conjunto de acuerdos y desacuerdos respecto del rol y funcionamiento del mecanismo de financiamiento per cápita.

El instrumento enviado a los participantes de la Ronda I recogió los siguientes temas: definiciones respecto de equidad geográfica y territorialidad, financiamiento de la APS en Chile y otros temas de interés. Dichos temas

fueron agrupados en tres módulos distintos, mediante un cuestionario online (plataforma web). El último tema mencionado exploró la importancia relativa de otros factores en relación con la problemática definida.

El cuestionario correspondiente a la Ronda II se elaboró a base de los resultados obtenidos en la Ronda I. Se definió una metodología de abordaje basada en el tipo de pregunta. De esta forma, para las preguntas estructuradas se utilizó la escala de Likert y para las preguntas que requieren profundización se utilizó la medida en *ranking* sin consenso. También algunas preguntas abiertas de la Ronda I se sometieron a un análisis cualitativo de manera de usar esa información para elaborar nuevas preguntas o sentencias estructuradas. Es así como se incluyeron temas sobre definiciones, financiamiento de la APS en Chile y otros temas de interés (determinantes sociales, recursos humanos, integración de la red y tipos de desigualdades).

El taller de consenso fue la tercera instancia de participación de los actores relevantes y buscó establecer acuerdo entre los colaboradores de ambas rondas. Los temas discutidos en primera instancia fueron: definición de equidad geográfica, ¿Qué correcciones requiere el mecanismo per cápita para contribuir a la disminución de la inequidad geográfica? (per cápita basal, gestión, indexadores - ajustes por edad, morbilidad, pobreza, ruralidad y aislamiento).

En segunda instancia se discutió: ¿Cómo incorporar la prevención y promoción de la salud?, ¿Qué se entiende por aislamiento urbano y cómo incorporarlo (ej. marginalidad)?, ¿Qué tan importante es?, ¿Cómo esto afecta a los costos? Determinantes sociales: ¿Cuáles podrían ser las cinco propuestas prioritarias en relación con el abordaje de este tema? Recursos humanos: ¿Cuáles podrían ser las cinco propuestas prioritarias en relación al abordaje de este tema?

Las discusiones generadas en ambas instancias estuvieron basadas en las propuestas y sugerencias entregadas por los actores relevantes en las Rondas I y II del proceso Delphi.

■ RESULTADOS OBTENIDOS

Entre los resultados obtenidos a través del proceso Delphi, se identifica en primer lugar que existe acuerdo sobre la relevancia y conexión entre los conceptos de geografía, ruralidad, aislamiento y territorios para tratar el tema de la equidad geográfica. En este contexto se logra consensuar una definición de **equidad geográfica en salud**, entendida como las “condiciones necesarias para que la atención en salud sea similar en calidad y oportunidad (acceso oportuno a servicios) que se haga cargo de

las necesidades y recursos diferenciales de la población y del territorio, de manera que contribuya a mejorar y disminuir las brechas en los resultados de salud". Esta definición es central para lograr una mayor claridad respecto de qué apuntar cuando se busca asignar recursos con criterios de equidad geográfica. También se logró consenso en los conceptos de **territorialidad**, definida como el "espacio ocupado por un grupo social en un momento dado, como consecuencia de un proceso histórico, asociado a las dimensiones económica, social y cultural del medio", y **territorio aislado**, donde se determina que la mejor forma para definir este aspecto sería de acuerdo con lo establecido por la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE)⁵ entre los componentes de aislamiento estructural y grado de integración. Finalmente, no se logra consenso respecto de la forma o modo de inclusión de la **ruralidad** en el per cápita.

Respondiendo al objetivo primario de este estudio, a lo largo del proceso Delphi se exploró la visión que tienen los actores relevantes respecto del rol que juega el mecanismo de asignación de recursos per cápita en la APS para lograr la disminución de inequidades. Al respecto, se indicó que el mecanismo de financiamiento per cápita debería considerar aspectos como la diversidad de necesidades de la población, la cobertura de los gastos operacionales y el traspaso efectivo de los montos asignados desde los municipios a los consultorios. En este ámbito, se lograron recomendaciones concretas en algunos casos y exploratorias en otros, respecto de las modificaciones requeridas tanto para el per cápita basal, como para los indexadores actualmente vigentes, así como la necesidad incorporar nuevos indexadores.

Respecto de las correcciones a considerar en el mecanismo de pago para mejorar su contribución en la reducción de inequidades en salud a nivel geográfico, existe acuerdo sobre la necesidad de aumentar el per cápita basal y redefinir la cartera de prestaciones incluidas para, por ejemplo, aumentar el ámbito de la prevención y promoción de la salud, y para reflejar un nivel deseado de prestaciones. Se acuerda también que es necesario revisar la definición de "comunidades costo fijo".

En relación con el uso de indexadores para capturar el nivel socioeconómico, existe acuerdo sobre la necesidad de actualizar el indicador Índice de Privación Promedio Municipal (IPP) como medida de pobreza para representar de mejor manera las características socioeconómicas de las poblaciones asignadas. Los principales indexadores alternativos propuestos corresponden a: población beneficiaria de FONASA del grupo A (siempre que se encuentre bien registrada) e Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE). Respecto del indexador de riesgo asociado a la edad, aun

cuando no hay acuerdo sobre el aspecto que este captura (carga de morbilidad o nivel socioeconómico), sí existe acuerdo sobre la relevancia de incorporar una medida que capture diferencias en morbilidad o edad.

Tampoco existe acuerdo sobre la pertinencia del concepto de ruralidad o aislamiento para capturar mayores gastos de APS en ciertas comunas del país. Sin embargo, sí hay consenso sobre la necesidad de estudiar ambos elementos y de ser potencialmente incorporados de forma separada en el per cápita. En este mismo ámbito, otro de los temas discutidos por los actores relevantes fue el aislamiento urbano. Una de las primeras conclusiones a señalar es que en el contexto de la equidad geográfica en salud, el aislamiento urbano se entiende en relación con el acceso a la atención en salud. De esta forma, podrían existir (y de hecho existen) ciudades con bolsones periféricos donde la población no accede a la atención de salud; donde ciertas condiciones permiten la existencia de barreras al acceso, como por ejemplo, largos desplazamientos o poblaciones en condiciones de autoaislamiento.

Entre otros temas, se acordó sobre la prioridad de abordar otros aspectos relacionados con la asignación de recursos APS para disminuir inequidades en salud, como son los determinantes sociales de la salud, recursos humanos y aspectos relacionados con la gestión de los recursos.

■ RECOMENDACIONES SURGIDAS A PARTIR DEL PROCESO DELPHI

Como producto de todo el proceso Delphi y considerando además el contexto actual y las problemáticas identificadas, se presentan las principales recomendaciones que surgieron de la discusión sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica. Estas se dividen en tres grandes áreas: per cápita basal, indexadores y otros temas relacionados.

1. PER CÁPITA BASAL

- Aumentar el per cápita basal de tal forma que permita cubrir los costos asociados a los servicios entregados. Para este propósito resulta necesario realizar una reestimación de dichos costos, para lo que se proponen dos etapas: i) estimación de la brecha actual, considerando la cartera de prestaciones vigente y ii) estimación de la brecha ideal, considerando realizar ciertas adecuaciones o redefiniciones a la actual cartera de prestaciones, con foco en la integralidad de la atención, prevención y promoción. La selección de las acciones a ser incorporadas en este caso debe propender a facilitar la intersectorialidad y la búsqueda de resultados de largo plazo. Se reconoce, sin embargo, la necesidad de que otra parte de estas acciones, principalmente aquellas de carácter

⁵ Perteneciente al Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

colectivo (como las campañas de promoción), sean financiadas por fuera del per cápita, en particular, a través del financiamiento de las SEREMI.

- Incorporar al per cápita basal algunos de los aportes financieros que en la actualidad se entregan “por fuera” del per cápita basal. En particular aquellos asociados a programas establecidos de manera transversal, comunes para todas las comunas (ej. extensiones horarias, programas de atención a postados, laboratorios básicos, entre otros). Esto con la finalidad de permitir mayor flexibilidad en la gestión de los recursos a nivel local.
- Actualizar la denominación de comunas costo fijo y revisión de su pertinencia a la luz del resto de las recomendaciones aquí propuestas.

2. INDEXADORES

En el caso de los indexadores, las recomendaciones se dividen en dos ámbitos: aquellas relacionadas con modificaciones a los indexadores actualmente vigentes (nivel socioeconómico y ruralidad) y aquellas relacionadas con nuevos indexadores que caben dentro de los criterios mencionados en la Ley N° 19.378 (características epidemiológicas de la población y dificultad para acceder o prestar atenciones de salud).

2.1. Indexadores actualmente vigentes

a. Nivel socioeconómico

- Respecto del indexador de **pobreza**, se propone modificar o complementar este indexador actualmente asociado al IPP. Dicho indexador está asociado a características de la municipalidad (solvencia financiera o capacidad para generar recursos) y, en este sentido, captura recursos diferenciales a nivel de territorios, pero se debe avanzar a capturar también los recursos diferenciales a nivel de la población de dicho territorio. Entre los indexadores propuestos para capturar la pobreza de las poblaciones asociadas a los territorios se encuentran: la población beneficiaria FONASA grupo A y el Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE).

Una posibilidad a explorar es la creación de un índice compuesto que capture tanto características socioeconómicas de las municipalidades como de las poblaciones.

- Respecto del indexador de **riesgo asociado a la edad**, se recomienda mantener la asignación del monto fijo por adulto mayor inscrito. Esto en reconocimiento a los mayores costos relacionados con la atención de los individuos en esta etapa del ciclo de vida. Alternativamente, se podría incorporar un indexador que dé cuenta de las diferentes composiciones etarias de las poblaciones. En este último caso,

se debería eliminar el monto fijo asignado por adulto mayor o, en su defecto, incorporar este diferencial directamente en el cálculo del per cápita basal.

b. Ruralidad

- Es importante destacar que los conceptos de ruralidad y aislamiento capturan características diferentes de los territorios y sus poblaciones, y en este sentido, se propone mantener el indexador asociado a ruralidad, pero transformándolo en un indexador continuo que permita establecer un mayor número de tramos o categorías de ruralidad/urbanidad de acuerdo con distintos porcentajes de población rural. Lo relativo a aislamiento se aborda como un nuevo indexador.

2.2. Nuevos indexadores

a. Morbilidad

- Incorporar un indexador que dé cuenta de las diferencias en morbilidad de las poblaciones de cada territorio, siempre y cuando no se incorpore un indexador que dé cuenta de las diferencias en las composiciones etarias de las poblaciones asociadas a los distintos territorios. Entre los indexadores propuestos se encuentran: la categorización de las prevalencias de enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) y el uso de los Grupos Clínicos Ajustados - ACG.

b. Aislamiento

- Incorporar un indexador, en la forma de índice compuesto, que dé cuenta del grado de aislamiento de los distintos territorios, basado en aspectos estructurales (morfología, demografía y clima), en la integración y acceso a servicios (sociales, económicos, políticos y cívicos) y en características que den cuenta del potencial aislamiento urbano.
- Explorar un indexador para el aislamiento urbano, lo que requiere dimensionar el problema en términos cuantitativos (levantamiento de información), en relación con los siguientes aspectos: grupos o segmentos que se excluyen de ciertos servicios (de edad inclusive, por ejemplo, adolescentes); enclaves y bolsones de pobreza (marginalidad); extensas jornadas laborales o precariedad laboral que genera barreras de acceso a la atención de salud (usuarios frecuentes en la urgencia); variables socioculturales que hacen que los hombres consulten menos; población de adultos mayores que viven aislados (solos) en sus casas.

3. OTROS TEMAS RELACIONADOS

- Generar los mecanismos que permitan asegurar el traspaso efectivo de los montos asignados desde los municipios a los consultorios.

- Establecer mecanismos que permitan la vinculación entre los resultados en salud obtenidos por los establecimientos y el financiamiento que reciben. Para ello, se debe definir un set de indicadores que reflejen los "resultados deseados" en términos de salud. Por ejemplo, coberturas efectivas asociadas al tratamiento de enfermedades crónicas; número de personas que dejan de fumar; número de personas que practican deportes más de tantas veces a la semana; número de niños con peso normal. Esto permite evitar que al capturar morbilidad se "premie" a las comunas con mayores poblaciones que presenten hábitos perjudiciales para la salud (obesidad, tabaquismo). Asimismo, se debe evitar castigar a las comunas que presentan relativamente menos carga de morbilidad producto de la implementación efectiva de medidas preventivas.
- Fortalecer la capacidad de gestión a nivel local, lo que se identifica como un factor importante de inequidades a nivel territorial.
- Generar iniciativas que permitan el abordaje de los determinantes sociales para lograr mayor equidad en la distribución de recursos en el contexto de la APS. Algunas iniciativas propuestas son: definición de mesas comunales intersectoriales con mirada de microterritorios; establecimiento de una alianza entre los sectores de salud y educación, que permita, por ejemplo, el fortalecimiento de currículos escolares con contenidos sanitarios y la elaboración de programas específicos de prevención en salud; establecimiento de una alianza entre los sectores de salud y trabajo, que permita, por ejemplo, el fortalecimiento de acciones preventivas en los lugares de trabajo y protección de quienes se desempeñan en empleos riesgosos; priorización de proyectos de desarrollo urbano y vivienda con mirada local (parques, iluminación, saneamiento, aislación térmica, etc.).
- Generar iniciativas que permitan el abordaje de las problemáticas asociadas a los recursos humanos en el contexto de la APS, como: reconocimiento de distintas realidades administrativas en los territorios (redes asistenciales diferentes) y proposición de soluciones de atención adecuada a estas; establecimiento de dotaciones que permitan responder de mejor manera al modelo de atención con enfoque familiar y comunitario; aumento de los médicos en etapa de destinación y formación en la atención primaria, y apoyo efectivo de la telemedicina; formación, durante el pregrado, en atención primaria, llevada a cabo por primaristas (con formación y experiencia en APS), evitando que la formación sea por especialistas en hospitales; formación en atención primaria en zonas rurales durante el pregrado como parte formal de las mallas curriculares; construcción de centros semilleros para la formación de salud familiar en APS,

potenciando alianzas con centros formadores; entrega de horas protegidas para la investigación clínica.

Finalmente, cabe destacar la relevancia de este tipo de procesos de consulta y consenso que congregan a distintos actores claves en la formulación e implementación de políticas de salud. Tanto la disposición de los participantes, como la riqueza de las discusiones generadas dan cuenta de la necesidad de generar mayores espacios de diálogo y búsqueda de acuerdos. Las recomendaciones obtenidas representan un insumo para los tomadores de decisión, entre otros grupos de interés, en la búsqueda de mecanismos que permitan una asignación de recursos a nivel comunal que aporte a una mayor equidad geográfica.

■ REFERENCIAS

- Gordon, T., (2012). The Delphi Method. The Millennium Project, Futures Research Methodology - V3.0. [disponible en: <http://www.studymode.com/essays/The-Delphi-Method-By-Theodore-j-1113269.html>].
- Hsu, CC. & Sandford, BA. (2007). The Delphi Technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment Research and Evaluation*, 12(10).
- Jones, J. & Hunter, D. (1995). Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*, 311: 376-380.
- MINSAL (2012). Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal, Departamento de Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile. Preparado por Camilo Cid.
- MINSAL (2014a). Elaboración de un proceso de consenso e instrumentos de recolección de información, para las recomendaciones técnicas de asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad. Departamento de Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile. Preparado por Carla Castillo Laborde.
- MINSAL (2014b). Colaboración en la elaboración de una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica. Departamento de Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile. Preparado por Carla Castillo Laborde.
- Okoli, C. & Pawlowski, S. (2004). The Delphi Method as a Research Tool: An example, design considerations and applications. *Information and Management*, 42(1): 15-29.
- Vargas, V. & Poblete, S. (2006). "Incrementar la Equidad en Atención Primaria: Revisión de la fórmula Per Cápita". *Revista Sociedad Chilena de Medicina Familiar*; 7(2): 76-83.
- Vargas, V. & Wasem, J. (2006). "Risk adjustment and primary health care in Chile" *Croatian Medical Journal*; 47(3): 459-468.

Revisión exploratoria de literatura: costo de la enfermedad, eficacia y costo-efectividad de intervenciones asociadas a la demencia

MARIANELA CASTILLO R.⁶; LUCY KUHN B.⁷; VIVIANA GARCÍA C.⁸

marianela.castillo@minsal.cl; lucy.kuhn@minsa.cl; vgarcia@minsal.cl

■ ANTECEDENTES

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva que generalmente se acompaña o precede por el deterioro del control emocional, del comportamiento social o la motivación. La conciencia no se ve afectada y, en la mayoría de los casos, se trata de un trastorno crónico y progresivo (OMS 2015).

Cerca de un 70% de los casos de demencia corresponde a la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, son también importantes la demencia vascular (cerca de un 25% de los casos), la demencia con cuerpos de Lewy, y diferentes enfermedades que conforman la demencia frontotemporal (Lobo et al. 2000, WHO 2013).

En el 2011 se calculó que a nivel mundial 35,6 millones de personas vivían con demencia y diversos estudios estiman que la cifra prácticamente se duplicará cada 20 años, 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. La prevalencia aumenta abruptamente con la edad, solo 2% a 10% de los casos comienzan antes de los 65 años, duplicándose cada cinco años después de esta edad. Con el creciente envejecimiento de la población se espera un aumento del número de personas afectadas (WHO 2013).

En 2014 se publicó una revisión de literatura sobre el "Costo de la enfermedad, eficacia y costo-efectividad de intervenciones asociadas a la demencia"⁹, realizada por el Departamento de Economía de la Salud y la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). El propósito del presente artículo es entregar una visión general de los aspectos económicos asociados a la demencia.

Se revisan los costos asociados a la enfermedad y a las intervenciones o métodos existentes para lidiar con los pacientes con demencia tanto desde la perspectiva de la efectividad como de su costo-efectividad.

Se trata de una revisión no sistemática de *abstracts* tanto de estudios de costo de enfermedad y revisiones sistemáticas de efectividad, como de resúmenes estructurados del *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD) en el caso de costo-efectividad.

La primera parte aborda el Costo de Enfermedad (CdE), donde se resumen los *abstracts* de 18 estudios. La segunda parte reporta los resultados (a base de *abstracts*) de 13 Revisiones Sistemáticas de Literatura (RSL) seleccionadas, las cuales abordan las diversas intervenciones que se utilizan en demencia, sus resultados y la manera de medirlos. Finalmente se revisan los estudios de costo-efectividad más recientes, identificados en la base de datos de CRD, en este caso la revisión se basa en los *abstracts* de 10 estudios seleccionados y los comentarios de revisores de CRD.

■ EXPLORACIÓN DE ESTUDIOS DEL COSTO DE ENFERMEDAD DE LA DEMENCIA

La búsqueda y selección de artículos arrojó 18 estudios, en su mayoría fueron elaborados en el contexto de países europeos y estimaron costos del cuidado de la demencia, principalmente desde la perspectiva social del país, incluyendo los costos de la atención formal e informal¹⁰. Estudios a nivel de país en Europa investigaron el uso de cuidados formales y los factores predictivos de costos

6 Asesora del Departamento de Economía de la Salud y Coordinadora Técnica de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

7 Asesora Técnica en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, DIPLAS.

8 Asesora Técnica en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, DIPLAS.

9 Disponible en: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/Revision-de-publicaciones-en-Demencia-CdE-E-CE-.pdf>

10 Atención formal: Es provista por servicios sociales o de salud, por medio de personal pagado como enfermeras u otro que trabajen ya sea en centros de atención como hospitales y hogares de cuidado o en el propio hogar del paciente (Alzheimer's Society).

en demencia leve (Vossius et al. 2014); tiempo y costos de la atención informal en Alzheimer y Parkinson (Costa et al. 2013); así como la evaluación de costos formales e informales, comparando pacientes que viven en distintos ambientes: hogar propio (viviendo solo o en departamentos en una comunidad), de familiares, de asistencia o de reposo (König et al. 2014, Kraft et al. 2010) y comparando por tipo de severidad de la demencia (Leicht et al. 2011, Schwarzkopf et al. 2011, Kraft et al. 2010). Otros estudios europeos analizaron las variables que explican la variación de los costos de la atención formal e informal (Handels et al. 2013); evaluaron el costo del diagnóstico de la demencia (Jedenius et al. 2010) y el uso de recursos directos e indirectos en Alzheimer (Coduras et al. 2010).

A su vez, tres estudios investigaron los costos de esta enfermedad en otros contextos, como en el caso de India que estimó los costos para los hogares individuales (Rao & Bharath 2013); para Singapur se midió el número de atenciones no médicas que requieren los pacientes (Riley et al. 2012); y en Australia se determinaron los costos del manejo de la demencia considerando factores clave de la enfermedad (Vickland et al. 2011).

Cuatro estudios hacen análisis y comparaciones de costos de la demencia a nivel del continente europeo y de Norteamérica (Wimo et al. 2011, Gustavsson et al. 2010, Quentin et al. 2010, Jönsson & Wimo 2009) y uno a nivel mundial (Wimo et al. 2013).

Los principales métodos para calcular el costo de enfermedad (CdE) contemplaron el uso de estimaciones *Bottom-up*¹¹ que predice los costos futuros de la enfermedad basado en la incidencia en un determinado año (Vossius et al. 2014, König et al. 2014, Handels et al. 2013); otros usaron el método *Top-down*¹² asignando el total de los gastos de la atención de acuerdo con la prevalencia según el grado de severidad de la demencia (Rao & Bharath 2013, Wimo et al. 2013, Wimo et al. 2011) y además según la residencia (hogar/institución), el tipo de cuidado formal e informal y la proporción de

costos directos e indirectos (Vickland et al. 2011, Kraft et al. 2010).

Hubo cuatro revisiones de la literatura de estudios de CdE (Costa et al. 2013, Leicht & Köning 2012, Quentin et al. 2010, Jönsson & Wimo 2009). Tres estudios usaron aproximaciones de costos incrementales. Leicht et al. (2011) aplicaron *matched control*, en que los costos se estiman a partir de una muestra de pacientes que tienen demencia y de una cohorte de pacientes que se crea como un grupo control, con características clínicas o demográficas similares a la muestra de pacientes, pero que no tienen la enfermedad. Otro estudio usó métodos de regresión (Schwarzkopf et al. 2011) y un tercero usó métodos de consenso para estimar la cantidad y costos de atenciones no médicas (Riley et al. 2012).

Respecto de los resultados, se vuelve complejo presentarlos de manera agregada, ya que cada estimación depende del contexto del estudio, del tipo de costos considerados, ya sea de cuidados formales o informales, o de costos directos o indirectos, del método de estimación de los costos considerados, de la severidad de la demencia y de otros factores relacionados con la enfermedad, como por ejemplo el tipo de residencia en que viven los pacientes (si es un hogar de reposo o en su propio hogar). Sin embargo, se entrega a continuación un resumen de los principales resultados de costos de enfermedad por tipo de métodos y país de contexto.

De los estudios que aplicaron el método *Bottom-up*, realizados en países de Europa, Vossius et al. (2014) encuentran que en un periodo de tres años los costos de la atención formal aumentaron de 535 euros (€) (s/a)¹³ por mes de sobrevivencia el primer año, a € 3.611 el tercer año, con un promedio de € 2.420 en todo el periodo. El mayor causante de costos fue la atención institucional (74%). Además, los costos de demencia con cuerpos de Lewy son mayores que los del Alzheimer (€ 3.247 vs. € 1.855). Encontraron que los principales factores predictivos de costos son las condiciones de vida, diagnóstico que no sea Alzheimer, comorbilidad y el funcionamiento del diario vivir. Para Alemania, König et al. (2014) muestran que el costo social promedio anual sin ajustar, incluyendo atención informal, fue € 29.930 (s/a) para pacientes viviendo en una comunidad y € 33.482 para pacientes viviendo en hogares de reposo. Sin embargo al ajustar por edad, sexo, déficit en actividades básicas diarias y comorbilidades se demuestra que vivir en comunidad aumenta significativamente los costos en € 11.344, respecto de vivir en un hogar, debido a los mayores costos de los cuidados informales. Por su parte, Handels et al. (2013) estiman que el costo promedio anual del sector salud fue de € 26.140 (s/a) y de € 11.931 para el paciente y

11 Método *bottom-up* (abajo hacia arriba). En este enfoque se deben encontrar los costos promedio de prestaciones. Esto se puede hacer usando encuestas, datos administrativos o estudios de microcosto (estudios de tratamientos específicos). Estos costos pueden ser refinados usando información de datos de edad, género, datos socioeconómicos, etc. Para tener los costos de toda la sociedad los datos por caso son multiplicados por el número total de casos. El resultado es la estimación de los costos asociados con el tratamiento de una enfermedad.

12 Método *top-down* (arriba hacia abajo). El punto de partida es el gasto total y el método se concentra en cómo distribuir o asignar. El método *top-down* también es caracterizado como un enfoque epidemiológico o de riesgo atribuible midiendo la proporción del costo atribuible a grupos de pacientes con un determinado diagnóstico.

13 No se indica el año de la moneda

su familia. Las variables que se asocian significativamente con los costos de atención, son el funcionamiento cognitivo, la carga del cuidador, sexo del paciente y actividades diarias.

Entre los estudios que aproximaron los costos por el método *Top-down*, Wimo et al. (2013) estimaron que el costo total de la demencia a nivel mundial para el año 2010 fue de 604 billones de dólares estadounidenses (USD). El 70% de los costos ocurrieron en Europa Occidental y Norteamérica. En las regiones de altos ingresos, los costos de la atención informal y los costos directos de los servicios sociales (atención institucional) contribuyen en similar proporción a los costos totales, siendo los costos médicos mucho más bajos. En los países de medianos y bajos ingresos, la atención informal representa la mayor parte de los costos totales y los costos de los servicios sociales son insignificantes. Desde la perspectiva de Europa (Wimo et al. 2011), el costo de la demencia en los 27 países de la Comunidad Europea se estimó el 2008 en € 160 billones (€ 22.000 por paciente por año), en que 56% fueron costos de atención informal. El costo para Europa completa fue de € 177 billones. En los países nórdicos los costos directos formales son considerables, mientras que en el sur del continente el mayor componente del costo es la atención informal.

En el caso de India (Rao & Bharath 2013), el costo anual para los hogares del cuidado de un paciente, según la severidad, osciló entre 45.600 y 202.450 rupias indias (INR) en zonas urbanas e INR 20.300 a 66.025 en zonas rurales¹⁴. Los costos médicos fueron cerca del 30% de los costos totales en zona rural y 20% en zona urbana, mientras que los costos de la atención informal fueron casi el 50% de los costos totales tanto en zona rural como urbana. En Australia (Vickland et al. 2011) se estimó que el *ratio* de la prevalencia de demencia leve/moderada/severa cambiará del 2010 al 2040 de 50/30/20 a 44/32/24, respectivamente. Para el 2010, el costo anual de la atención informal fue de 3,2 billones de dólares australianos (AUD) y de la atención formal AUD 5,0 billones, calculándose que aumenten en el 2040 a AUD 11,6 billones y AUD 16,7 billones, respectivamente. Las intervenciones que ralenticen la progresión de la enfermedad permitirán ahorrar 5% de los costos anuales (AUD 1,5 billones) y las intervenciones que retarden la demencia ahorrarían 14% (AUD 4 billones).

Entre los estudios que aplicaron métodos de estimación de costos incrementales, Leicht et al. (2011) encuentran que para un país europeo los costos netos anuales de la demencia fueron € 15.000 para demencia leve, € 32.000 para demencia moderada y €42.000 en el nivel severo.

Para los tres niveles de severidad, los cuidados de enfermería representaron el 75% de los costos totales, en que la mitad fue atención informal. En el caso de Alemania, Schwarzkopf et al. (2011) estimaron que el costo de los cuidados informales fue € 47.747 desde la perspectiva social, que corresponde a 4,7 veces el costo de la atención formal y representa 80,2% de los costos sociales, lo que aumenta con la progresión de la enfermedad. El costo de la atención informal en la demencia moderada excede a la leve en 70%, mientras que el costo de la atención formal difiere en 14,3%.

Algunas de las revisiones de literatura encontradas (Leicht & Köning, 2012; Jönsson & Wimo, 2009) reflejan bastante bien los hallazgos obtenidos en la generalidad de los estudios analizados. Concluyen que las demencias son uno de los grupos de enfermedades más costosas entre la población de 65 años y más, esencialmente por la dificultad de realizar actividades de la vida diaria, lo que aumenta con la progresión de la enfermedad, requiriendo una creciente necesidad de atención. Los costos de la demencia pueden más que duplicarse en el transcurso de la enfermedad con el aumento de la severidad y el grado de deterioro funcional. Los mayores costos se deben a los cuidados, representando entre 70% y 80% de los costos totales sociales, en que los cuidados informales dan cuenta de una altísima carga de los costos, principalmente en los países del sur de Europa y los de menores ingresos a nivel mundial. Por el contrario, los costos de la atención médica representan una parte relativamente pequeña de los costos totales.

Finalmente, las diferencias metodológicas entre estudios complejiza la comparación y generalización de resultados entre países y sistemas de salud. Además, se vuelve necesario estandarizar métodos para evaluar y valorizar la atención informal.

■ EXPLORACIÓN DE LA EFICACIA DE DIVERSAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN DEMENCIA

Se revisaron diez intervenciones no farmacológicas y tres farmacológicas. Entre las no farmacológicas se describen intervenciones dirigidas al paciente y otras al cuidador. En las orientadas al paciente se incluyen: musicoterapia, aromaterapia, diversas formas de estimulación sensorial, ejercicio físico, entrenamiento cognitivo y terapias grupales. El efecto se midió en cambios en la emocionalidad de los pacientes, en la conducta, la capacidad cognitiva y su calidad de vida, encontrándose que muchas de estas intervenciones son potencialmente efectivas. Sin embargo, se plantea en las revisiones que la gran mayoría de los estudios primarios son de baja calidad metodológica, lo que limita el alcance de los metaanálisis, el poder

14 Como referencia, al año 2012 el tipo de cambio promedio anual era de 1 INR = 0,0185 USD (<http://www.oanda.com/lang/es/currency/historical-rates/>)

estadístico y su generalización (Padilla 2011a, Padilla 2011b, Kverno et al. 2009)

La mayoría de los estudios de intervenciones para síntomas neuropsiquiátricos relacionados con la demencia, se han centrado en las personas con deterioro cognitivo leve a moderado. Las personas con deterioro cognitivo grave no siempre responden a los tratamientos de la misma manera. Las intervenciones parecen funcionar mejor cuando se adecuan individualmente a cada paciente (Padilla 2011a, Kverno et al. 2009). No todos los abstracts de los estudios informan las medidas de efecto utilizadas ni las escalas para medición de los resultados. Entre los que informan los resultados de sus metaanálisis en el abstract se encuentran Vasionytè & Madison (2013) quienes calculan un promedio del tamaño del efecto para diversas intervenciones musicales sobre distintos resultados, obteniendo un valor que va de 0,04 a 4,56 (Media=1,04) favorable a las intervenciones, donde se encontró mayor efecto para resultados de comportamiento, cognitivos y fisiológicos, y moderado sobre resultados afectivos/emocionales. Ueda et al. (2013) calcularon diferencia de medias estandarizada (SMD por sus siglas en inglés) del efecto de la musicoterapia sobre síntomas conductuales y ansiedad en los pacientes con demencia, obteniendo un efecto moderado sobre ansiedad de $-0,64$ (IC 95% $-1,05$; $-0,24$; $p=0,002$) y menor efecto sobre síntomas conductuales de $-0,49$ (IC 95% $-0,82$; $-0,17$; $p=0,003$). En estudios de duración de más de tres meses, el efecto sobre ansiedad fue mayor ($-0,93$ IC 95% $-1,72$; $-0,13$; $p=0,02$).

Olazarán et al. (2010) investigaron intervenciones de entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente, educación e intervenciones de manejo conductual en una RSL que incluyó 179 ensayos clínicos. No informaron resultados numéricos en el abstract, sino el grado de recomendación encontrado. Es así como estas intervenciones alcanzaron grado B¹⁵ de recomendación para mejorar los niveles cognitivos, actividades de la vida diaria, de comportamiento, estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con demencia.

Lawrence et al. (2012), en una metasíntesis de 39 estudios cualitativos, concluyen que las intervenciones sicosociales mejoran el comportamiento y el estado de ánimo de las personas con demencia. Sin embargo, la implementación exitosa se basa en el compromiso activo del

personal, la familia y la provisión continua de intervenciones personalizadas y de soporte.

Dos RSL evaluaron explícitamente intervenciones en pacientes internados en hogares, uno de ellos evaluó efectividad de terapias grupales, no informan resultados. No obstante, concluyen que mejoraría la calidad de vida de los internos (Cooper et al. 2012). Littbrand et al. (2012) evaluaron ejercicio físico en los pacientes internos y basados en un análisis cualitativo de 10 estudios (cuatro de calidad metodológica moderada y seis baja) plantean que habría alguna evidencia de que el ejercicio combinado funcional/pesas, en las personas mayores con enfermedad de Alzheimer en centros de atención residencial mejora el desplazamiento y reduce el deterioro en la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria.

De las RSL seleccionadas, dos se refieren a intervenciones dirigidas al cuidador, Olazarán et al. (2010) y Cooper et al. (2012). Olazarán et al. (2010) obtienen un nivel de recomendación B para educación, apoyo, entre otras intervenciones dirigidas al cuidador con resultados positivos en el humor, bienestar psicológico y calidad de vida del paciente. Cooper et al. (2012) estudiaron que una estrategia de soporte al cuidador en casa mejora la calidad de vida de los pacientes. En su RSL incluyeron 20 ensayos clínicos controlados aleatorizados, el resultado lo informan como Efecto Combinado Estandarizado (SES por sus siglas en inglés) de 0,24 (IC 95% 0,03; 0,45) (cuatro ensayos $n=420$). En la misma RSL además exploraron una estrategia conjunta de soporte a la díada cuidador-paciente, sin embargo no obtuvieron resultados con significancia estadística, el SES en calidad de vida fue de 0,84 (IC 95% 0,54; 1,14) y resultó no significativo.

De las intervenciones farmacológicas revisadas, vitamina B12, extracto de ginkgo biloba¹⁶ y donepezilo, la evidencia indica que la primera (vitamina B12) no cambia apreciablemente la capacidad cognitiva (basado en evidencia de mediana calidad). Sin embargo, al agregar folato a la vitamina B12 los pacientes con deterioro cognitivo moderado experimentarían un retardo en la progresión de su deterioro (calidad de evidencia baja a media) (Health Quality Ontario 2013).

Para el ginkgo, Wang et al. (2010) utilizaron estimación de efectos aleatorios de diferencia de medias estandarizada (SMD) entre los grupos extracto de ginkgo (GbE) y placebo a partir de seis ensayos seleccionados, resultando

15 De acuerdo con la escala de Oxford, que tiene cuatro niveles de recomendación A, B, C y D, en orden decreciente, según el tipo y calidad de los estudios de los que se obtiene la evidencia; así A es para aquella evidencia que proviene de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos consistentes, de buena calidad y D de opinión de expertos y otras fuentes no sistemáticas ni de buena calidad (Manterola et al. 2009).

16 Ginkgo biloba es un árbol utilizado hace siglos por sus acciones terapéuticas, especialmente por la medicina tradicional china, y en la herbolaria moderna de las hojas del ginkgo se obtiene un extracto que posee flavonoides (ginkgoloides y heterósidos) que al ingerirse aumentan la circulación sanguínea central y periférica, y como consecuencia se hace más eficiente la irrigación de los tejidos orgánicos

-0,89 (IC 95% -1,82; -0,04) en la evaluación de la función cognitiva. La diferencia de cambio en las puntuaciones de ADAS-cog¹⁷ fue -2,65 (IC 95% -0,76; -4,53), favorable a GbE. Janssen et al. (2013) informan que no fue posible agrupar los resultados en un metaanálisis debido a la alta heterogeneidad de los mismos, sin embargo, describe que en todos los estudios que utilizan altas dosis de ginkgo (240 mg) se favorece el tratamiento. Por último para el donepezilo, los hallazgos sugieren beneficios sintomáticos utilizando el *d de Cohen*¹⁸ en cognición: 0,51; en función global: 0,26 (p< 0,0001 ambos), y el desempeño: 0,17 (p=0,003), en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) severa. El efecto del tratamiento respalda la importancia de la inhibición de la acetilcolinoesterasa (mecanismo de acción del donepezilo) como una opción terapéutica clínicamente relevante a través del espectro de EA. (Winblad et al. 2009).

La evidencia preliminar parece orientar las intervenciones a pacientes con deterioro cognitivo moderado y apuntan a la estimulación sensorial, afectiva, cognitiva y física. Ello con el objeto de mejorar la calidad de vida de los pacientes, retardar el deterioro cognitivo, mantener su autonomía y ejercitarlos físicamente. Además, las intervenciones deberían ser personalizadas, es decir, de acuerdo con los requerimientos de cada paciente. Solo dos estudios hablan de terapias grupales, sin embargo la evidencia no es sólida. Las intervenciones al cuidador en el hogar también se mencionan como efectivas en el humor, calidad de vida y bienestar psicológico de los pacientes.

La implementación exitosa de cualquier estrategia que se adopte parece basarse en el compromiso activo del personal a cargo, la familia y la provisión continua de intervenciones personalizadas y de soporte.

■ EXPLORACIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES RELATIVAS A DEMENCIA

Los estudios comprenden intervenciones de comportamiento, de tipo farmacológico y relativo a la organización o modelos de atención de pacientes con demencia. En general, las intervenciones involucran tanto a pacientes como a sus cuidadores. No siempre se especifica el tipo de demencia, pero se menciona el Alzheimer, demencia en adultos mayores y depresión en pacientes con demencia.

Varios estudios usan escalas relativas a la enfermedad (HADS¹⁹, MMSE²⁰, CMAI²¹, QoL-AD²², GHQ-28²³, CSDD²⁴) como medidas de *outcomes* de costo-efectividad. Lo anterior implica que ante la falta de umbrales definidos se deban hacer juicios sobre la eficiencia relativa de las estrategias para definir si una intervención es costo-efectiva o no. En este grupo de estudios están: Gitlin et al. (2010) que evalúan un *Tailored Activity Program* (en EE.UU.) para cuidadores y pacientes, usando como *outcomes* las horas de cuidador. Concluye, usando el costo pagado por hora de limpieza como umbral de eficiencia, que la intervención sería costo-efectiva, pero que el estudio es limitado. Una revisión sistemática (Livingston et al. 2014) incluye 11 estudios que estiman el costo por unidad de CMAI reducida con diferentes intervenciones para el manejo de la agitación (psicológicas, conductuales, sensoriales o ambientales). El costo incremental por unidad de CMAI reducida varía entre 4 y 3.480 libras esterlinas (£), el CRD plantea dudas con el grado de efectividad en esta revisión. Romeo et al. (2013) encontraron que sertralina y mirtazapina no eran costo-efectivas en la reducción de la depresión en pacientes con demencia (perspectiva del prestador), aunque mirtazapina tendría ventajas si se consideran los costos y la calidad de vida de los cuidadores no remunerados. Graff et al. (2008) y Knapp et al. (2006) están también en esta categoría y se discuten más adelante.

Los estudios que usan *Quality-Adjusted Life-Years* (QALY) como medida de *outcome* pueden dar indicaciones potencialmente más transferibles de eficiencia de asignación. Sin embargo, los resultados de la razón incremental de costo-efectividad (ICER) dependen del comparador o práctica habitual en ese país, los que pueden ser muy distintos en Chile. Meeuvesen et al. (2013) estimaron que las clínicas de la memoria son levemente menos efectivas que la atención médica habitual de pacientes recién diagnosticados con demencia leve a moderada (seguimiento de un año), con un ICER de € 41.442 ahorrados por QALY ganada. Joling et al. (2013) encontraron que las "reuniones familiares" en un seguimiento de 12 meses no resultaron significativamente distintas en costo y efectos a la atención habitual, arrojando un ICER de € 157.534/QALY ganado. Woods et al. 2012 (UK) encontró que "los grupos de reminiscencia" (10 meses de seguimiento) no resultaron más efectivos ni costo efectivos (no especifica comparador).

17 The Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognition (ADAS-Cog): Escala cuyo propósito es evaluar el deterioro cognitivo en la evaluación de la enfermedad de Alzheimer.

18 Medida en la que el tamaño del efecto se calcula restando la media obtenida por el grupo experimental menos la media del grupo de control y dividiendo el resultado entre la desviación típica de la población a la que pertenecen ambos grupos.

19 Hospital Anxiety and Depression Scale

20 Mini-Mental State Examination

21 Cohen-Mansfield Agitation Inventory

22 Calidad de vida en la Enfermedad de Alzheimer

23 General Health Questionnaire-28 item version

24 Cornell Scale for Depression in Dementia

Dentro de las intervenciones con resultados favorables se encuentra el diagnóstico e intervención precoz en demencia (Banerjee & Wittenberg 2009), en el Reino Unido, que estima un valor presente neto de cero a 10 años (CRD advierte tomar con cautela estos resultados). Knapp et al. (2013) en la intervención de "coping" para cuidadores START (STrAtegies for RelaTives), encuentran que ésta es muy costo efectiva (£ 6.000/QALY ganada o £ 118 por punto HADS mejorado). Graff et al. (2008) encontraron que una terapia ocupacional comunitaria para pacientes y cuidadores tenía un 94% de probabilidades de ser más efectiva y menos costosa que la atención habitual en Holanda. Finalmente Knapp et al. (2006) evalúan una intervención de estimulación cognitiva en UK con el MMSE como medida de *outcome*, encontrando que el costo por punto adicional en la escala MMSE es £ 75,32 y £ 22,82 en la escala de calidad de vida para pacientes con enfermedad de Alzheimer (QoL-AD).

Los resultados de estos estudios, que solo pueden ser interpretados en sus contextos particulares, sugieren que la eficiencia de estas intervenciones es variable y que en varios casos esta no se ha podido demostrar, lo que se explica mayormente por las dificultades para encontrar una mayor efectividad de las intervenciones evaluadas en relación con la práctica habitual. Cuatro de diez estudios muestran resultados claramente favorables y uno de ellos debe ser mirado con cautela de acuerdo con los revisores de CRD.

■ CONCLUSIONES

Esta revisión muestra que el CdE asociado a la demencia es alto y resulta específico al contexto. La forma en que el sistema de salud (y la sociedad) se organiza para brindar cuidados a los pacientes, la severidad de la enfermedad y tipo de residencia en que viven los pacientes impactan en los costos. En general, los costos relativos al cuidado son el mayor elemento de costo, sea este formal o informal. Se visualiza que existen variados enfoques para medir el CdE, optándose en general por una perspectiva social amplia.

Las intervenciones abordadas en las RSL consideran modificaciones del ambiente, musicoterapia, aromaterapia, diversas formas de estimulación sensorial, ejercicio físico, entrenamiento cognitivo y terapias grupales. Sin embargo, se plantea que la gran mayoría de los estudios primarios son de baja calidad metodológica, lo que limita la validez de sus resultados. Las intervenciones deberían ser personalizadas, debido a que la evidencia sobre terapias grupales no es sólida. La implementación exitosa de estas estrategias requiere compromiso activo del personal a cargo.

En términos de costo-efectividad los resultados son variados, con algunas intervenciones (4 de 10) con resultados favorables, mientras que en la mayoría de los estudios no

se logra demostrar la mayor eficiencia de las intervenciones evaluadas, por sobre las formas de cuidado habitual.

Un conocimiento más detallado de terminadas intervenciones, estrategias o modelos de atención de pacientes con demencia requerirá de una revisión más focalizada, donde los documentos identificados se puedan revisar completamente.

■ REFERENCIAS

- Alzheimer's Society. "Formal care of people with dementia" disponible en http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=402 [consultado 18.05.2015].
- Lobo A., Fratiglioni L. y Launer L.I. (2000) "Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts". *Neurology*, 54 pp. S4-9.
- OMS (2015). Organización Mundial de la Salud, "Demencia". Nota descriptiva N° 362, Marzo 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/> [consultado 7.05.2015]
- WHO (2003). World Health Organization and Alzheimer's Disease International, "Demencia una Prioridad de Salud Pública". Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1 [consultado 7.05.2015]

REFERENCIAS DE COSTO DE ENFERMEDAD

- Coduras A., Bermejo-Pareja F., Del Llano J., Frank A., León T., López-Arrieta J.M., López-Pousa S., Rabasa I. y Rejas J. (2010) "Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study", *J Alzheimers Dis*, 19(2) pp. 601-15. doi: 10.3233/JAD-2010-1258.
- Costa N., Andrieu S., Derumeaux-Burel H., Ferlicq L., Garnault V., Gillette-Guyonnet S., Grand A., Lamure M., Molinier L., Vellas B. y Rapp T. (2013) "Comparison of informal care time and costs in different age-related dementias: a review", *Biomed Res Int*. 852368. doi: 10.1155/2013/852368. Epub 2012 Dec 5.
- Gustavsson A., Andrieu S., Cantet C., Jonsson L., Ousset P.J., Rapp T., Reynish E., Vellas B., Wimo A., Winblad B. e ICTUS Study Group (2010) "Differences in resource use and costs of dementia care between European countries: baseline data from the ICTUS study". *J Nutr. Health Aging*, Oct; 14(8) pp. 648-54.
- Handels R.L., Aalten P., Severens J.L., Verhey F.R. y Wolfs C.A. (2013) "Determinants of care costs of patients with dementia or cognitive impairment", *Alzheimer Dis Assoc Disord*, Jan-Mar; 27(1) pp. 30-6. doi: 10.1097/WAD.0b013e318242da1d.
- Jedenius E., Andreasen N., Jönsson L., Strömqvist J. y Wimo A. (2010) "The cost of diagnosing dementia in a community setting", *Int J Geriatr Psychiatry*, May; 25(5) pp. 476-82. doi: 10.1002/gps.2365.
- Jönsson L. y Wimo A. (2009) "The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological

- considerations" (2009), *Pharmacoeconomics*, 27(5) pp. 391-403. doi: 10.2165/00019053-200927050-00004.
- Kraft E., Marti M., Sommer H. y Werner S. (2010) "Cost of dementia in Switzerland". *Swiss Med Wkly*, Sep 10; 140: w13093. doi: 10.4414/smw.2010.13093.
- König H.H., Bachmann C., Bickel H., Brettschneider C., Fuchs A., Jessen F., Köhler M., Leicht H., Luppá M., Maier W., Mösch E., Pentzek M., Riedel-Heller S.G., Scherer M., Werle J., Weyerer S., Wiese B. y Age Co De Study Group (2014) "The costs of dementia from the societal perspective: is care provided in the community really cheaper than nursing home care?" *J Am Med Dir Assoc*, Feb; 15(2) pp. 117-26. doi: 10.1016/j.jamda.2013.10.003. Epub 2013 Dec 8.
- Leicht H., Bachmann C., Bickel H., Fuchs A., Heider D., Heinrich S., König H.H., Luppá M., Maier W., Mösch E., Pentzek M., Rieder-Heller S.G., Tebarth F., van den Bussche H., Werle J., Weyerer S., Wiese B., Zimmermann T. y AgeCoDe study group (2011) "Net costs of dementia by disease stage". *Acta Psychiatr Scand*, Nov; 124(5) pp. 384-95. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01741.x. Epub 2011 Aug 13.
- Leicht H. y König H.H. (2012) "Costs of illness in dementia from a societal perspective. An overview", *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, May; 55 (5) pp. 677- 84. doi: 10.1007/s00103-012-1472-9.
- Quentin W., König H.H., Luppá M., Riedel-Heller S.G. y Rudolph A. (2010) "Cost-of-illness studies of dementia: a systematic review focusing on stage dependency of costs", *Acta Psychiatr Scand*, Apr; 121(4) pp. 243-59. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01461.x. Epub 2009 Aug 19.
- Rao G.N. and Bharath S. (2013) "Cost of dementia care in India: delusion or reality?" *Indian J Public Health*, Apr-Jun; 57(2) pp. 71-7. doi: 10.4103/0019-557X.114986.
- Riley C.M., Haaland B.A., Love S.R. and Matchar D.B. (2012) "Expert estimates of caregiver hours for older Singaporeans with dementia", *Australas J Ageing*, Dec; 31(4) pp. 255-9. doi: 10.1111/j.1741-6612.2012.00610.x. Epub 2012 Oct 11.
- Schwarzkopf L, Donath C., Graessel E., Holle R., Kunz S., Lauterberg J., Leidl R., Marx P., Mehlig H., Menn P. y Wunder S. (2011) "Costs of care for dementia patients in community setting: an analysis for mild and moderate disease stage". *Value Health*, Sep-Oct; 14(6) pp. 827-35. doi: 10.1016/j.jval.2011.04.005. Epub 2011 Jun 25.
- Vickland V., Brodaty H., Draper B., Low L.F., McDonnell G., Morris T. y Werner J. (2011) "Who pays and who benefits? How different models of shared responsibilities between formal and informal carers influence projections of costs of dementia management", *BMC Public Health*, Oct 12; 11 p. 793. doi: 10.1186/1471-2458-11-793.
- Vossius C., Aarsland D., Rongue A., Testad I. y Wimo A. (2014) "The use and costs of formal care in newly diagnosed dementia: a three-year prospective follow-up study", *Am J Geriatr Psychiatry*, Apr; 22(4) pp. 381-8. doi: 10.1016/j.jagp.2012.08.014. Epub 2013 Mar 13.
- Wimo A., Bond J., Jönsson L., Prince M. y Winblad B. (2013) "Alzheimer Disease International. The worldwide economic impact of dementia 2010", *Alzheimers Dement*, Jan; 9(1) pp. 1-11.e3. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.006.
- Wimo A., Ersek K., Georges J., Gulácsi L., Gustavsson A., Jönsson L., Karpati K., Kenigsberg P., McDavid D. y Valtonen H. (2011) "The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project", *Int J Geriatr Psychiatry*, Aug; 26(8) pp. 825-32. doi: 10.1002/gps.2610. Epub 2010 Oct 28.

REFERENCIAS DE EFICACIA

- Cooper C., Mukadam N., Katona C., Lyketsos C.G., Ames D., Rabins P., Engedal K., de Mendonça Lima C., Blazer D., Teri L., Brodaty H., Livingston G. y World Federation of Biological Psychiatry - Old Age Taskforce (2012) "Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia", *Int Psychogeriatr*, Jun; 24(6) pp. 856-70. doi: 10.1017/S1041610211002614. Epub 2012 Jan 16.
- Health Quality Ontario (2013) "Vitamin B12 and cognitive function: an evidence-based analysis", *Ont Health Technol Assess Ser*, Nov 1, 13(23) pp. 1-45. eCollection 2013.
- Janssen I.M., Sturtz S., Skipka G., Zentner A., Velasco Garrido M. y Busse R. (2010) "Ginkgo biloba in Alzheimer's disease: a systematic review", *Wien Med Wochenschr*, Dec; 160(21-22) pp. 539-46. doi: 10.1007/s10354-010-0844-8.
- Kverno K.S., Black B.S., Nolan M.T. y Rabins P.V. (2009) "Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review", *Int Psychogeriatr*, Oct; 21(5) pp. 825-43. doi: 10.1017/S1041610209990196. Epub 2009 Jul 9.
- Lawrence V., Fossey J., Ballard C., Moniz-Cook E. y Murray J. (2012) "Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work", *Br J Psychiatry*, Nov; 201(5) pp. 344-51. doi: 10.1192/bjp.bp.111.101402.
- Littbrand H., Stenvall M. y Rosendahl E. (2011) "Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review", *Am J Phys Med Rehabil*, Jun; 90(6) pp. 495-518.
- Olazarán J., Reisberg B., Clare L., Cruz I., Peña-Casanova J., Del Ser T., Woods B., Beck C., Auer S., Lai C., Spector A., Fazio S., Bond J., Kivipelto M., Brodaty H., Rojo J.M., Collins H., Teri L., Mittelman M., Orrell M., Feldman H.H. y Muñoz R. (2010) "Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy", *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(2) pp. 161-78. doi: 10.1159/000316119. Epub 2010 Sep 10.
- Padilla R. (2011a) "Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias", *Am J Occup Ther*, Sep-Oct; 65(5) pp. 514-22.
- Padilla R. (2011b) "Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias", *Am J Occup Ther*, Sep-Oct; 65(5) pp. 523-31.

- Ueda T., Suzukamo Y., Sato M. e Izumi S. (2013) "Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis", *Ageing Res Rev*, Mar; 12(2) pp. 628-41. doi: 10.1016/j.arr.2013.02.003. Epub 2013 Mar 16.
- Vasionyté I. y Madison G. (2013) "Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis", *J Clin Nurs*, May; 22(9-10) pp. 1203-16. doi: 10.1111/jocn.12166.
- Wang B.S., Wang H., Song Y.Y., Qi H., Rong Z.X., Wang B.S., Zhang L. y Chen H.Z. (2010) "Effectiveness of standardized ginkgo biloba extract on cognitive symptoms of dementia with a six-month treatment: a bivariate random effect meta-analysis", *Pharmacopsychiatry*, May; 43(3) pp. 86-91. doi: 10.1055/s-0029-1242817. Epub 2010 Jan 26.
- Winblad B., Black S.E., Homma A., Schwam E.M., Moline M., Xu Y., Perdomo C.A., Swartz J. y Albert K. (2009) "Donepezil treatment in severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of three clinical trials", *Curr Med Res Opin*, Nov; 25(11) pp. 2577-87. doi: 10.1185/03007990903236731
- REFERENCIAS DE COSTO-EFECTIVIDAD**
- Banerjee S. y Wittenberg R. (2009) "Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia", *Int J Geriatr Psychiatry*, Jul; 24(7) pp. 748-54. doi: 10.1002/gps.2191.
- Gitlin L.N., Hodgson N., Jutkowitz E. y Pizzi L. (2010) "The cost-effectiveness of a nonpharmacologic intervention for individuals with dementia and family caregivers: the tailored activity program", *Am J Geriatr Psychiatry*, Jun; 18(6) pp. 510-9. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181c37d13.
- Graff M.J., Adang E.M., Dekker J., Hoefnagels W.H., Jönsson L., Rikkert M.G., Thijssen M. y Vernooij-Dassen M.J. (2008) "Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study", *BMJ*, Jan 19; 336(7636) pp. 134-8. doi: 10.1136/bmj.39408.481898.BE. Epub 2008 Jan 2.
- Joling K.J., Bosmans J.E., Scheltens P., van der Horst H.E., van Hout H.P., van Marwijk H.W. y Vroomen J.L. (2013) "The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial" *Trials*, Sep 22;14 pp. 305. doi: 10.1186/1745-6215-14-305.
- Knapp M., Barber J., Cooper C., Griffin M., Hoe J., King D., Livingston D., Livingston G., Mummery C., Rapaport P., Romeo R., Sampson E.L., Schehl B. y Walker Z. (2013) "Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia (the START (STRAtegies for RelaTives) study): a pragmatic randomised controlled trial", *BMJ*. Oct 25; 347 p. f6342. doi: 10.1136/bmj.f6342.
- Knapp M., Hallam A., Orrell M., Patel A., Spector A., Thorgrimsen L. y Woods B. (2006) "Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis", *Br J Psychiatry*, Jun; 188 pp. 574-80.
- Livingston G., Baio G., Cooper C., Katona C., Kelly L., Lewis-Holmes E., Morris S., Omar R.Z. y Patel N. (2014) "A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia", *Health Technol Assess*, Jun;18(39) pp. 1-226, v-vi. doi: 10.3310/hta18390.
- Meeuwssen E., Adang E., de Leest B., Golüke-Willemse G., Melis R., Olde Rikkert M., Schölzel-Dorenbos C., van der Aa G., van Raak F., Verheijen D., Verhey F., Visser M. y Wolfs C. (2013) "Cost-effectiveness of one year dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: economic evaluation of a randomised controlled trial", *PLoS One*, Nov 25; 8(11) p. e79797. doi: 10.1371/journal.pone.0079797. eCollection 2013.
- Romeo R., Baldwin R., Ballard C., Banerjee S., Bentham P., Burns A., Dewey M., Fox C., Hellier J., Holmes C., Katona C., Knapp M., Lawton C., Lindesay J., Livingston G., McCrae N., Moniz-Cook E., Murray J., Nurock S., O'Brien J., Poppe M., Thomas A., Walwyn R. y Wilson K. (2013) "Cost-effectiveness analyses for mirtazapine and sertraline in dementia: randomised controlled trial". *Br J Psychiatry*, Feb; 202 pp. 121-8. doi: 10.1192/bjp.bp.112.115212. Epub 2012 Dec 20.
- Woods R.T., Bruce E., Edwards R.T., Elvish R., Hoare Z., Hounsborne B., Keady J., Moniz-Cook E.D., Orgeta V., Orrell M., Rees J. y Russell I.T. (2012) "REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers - effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multi-centre randomised trial", *Health Technol Assess*, 16(48) v-xv, pp. 1-116. doi: 10.3310/hta16480.

Revisión rápida de costo-efectividad de intervenciones sanitarias para la cesación del hábito tabáquico

VÍCTOR ZARATE B.²⁵; MARIANELA CASTILLO R.²⁶; VIVIANA GARCÍA C.²⁷

victor.zarate@minsal.cl; marianela.castillo@minsal.cl; vgarcia@minsal.cl

■ ANTECEDENTES

En Chile, el tabaquismo constituye un grave problema de salud pública, donde tenemos el record de ser el país de las Américas con la mayor prevalencia de consumo de tabaco tanto en jóvenes como en adultos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009/2010 del Ministerio de Salud (MINSAL) señalan que la prevalencia de tabaquismo en nuestro país es de 40,6%, en los rangos entre 15 y 65 años y más, en población general. La distribución según sexo muestra que el porcentaje de hombres que fuma es superior al de mujeres fumadoras, llegando el primero al 44,2% y el segundo al 37,1%. En el caso de las mujeres, el 44,3% fuman diaria u ocasionalmente (MINSAL 2010).

En nuestro país 46 personas mueren cada día por causas atribuibles al consumo de tabaco. El tabaquismo es responsable de un gran número de muertes y enfermedades, lo que tiene como consecuencia un alto gasto sanitario asociado a estas problemáticas: al menos un billón de pesos anual (equivalente al 0,8% de nuestro PIB y a un 11,5% de presupuesto anual en salud) solo en gastos directos de salud (Pichón-Riviere *et al.* 2014). Usualmente, los gastos indirectos asociados a pérdidas de productividad son de 1,5 a 2 veces más altos que los directos.

Nuestro país ha emprendido importantes políticas de salud pública tendientes a reducir el consumo de tabaco. Estas políticas han significado medidas legislativas que van desde limitar los espacios para fumadores, hasta la regulación de publicidad en medios de comunicación y lugares de venta. Estos avances se han visto reflejados en un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el que enmarca a Chile como una de las naciones que está cumpliendo cinco de los seis aspectos claves del paquete técnico para el control del tabaco (MPOWER), fallando en el ofrecimiento de ayuda para abandonar su uso (OPS 2013). En este contexto,

las intervenciones sanitarias diseñadas específicamente para apoyar la cesación del tabaquismo cumplen un rol fundamental en todo sistema de salud. En particular interesa conocer la eficiencia de algunas de las estrategias para apoyar el cese, como son la consejería breve, las terapias de reemplazo a la nicotina y el uso de medicamentos. Estos últimos, en pacientes con mayor dependencia al hábito tabáquico.

Las evaluaciones económicas o estudios de costo-efectividad son análisis ampliamente usados para informar sobre la eficiencia relativa de diferentes intervenciones de salud, ya sea tanto para un mismo problema de salud como para asignar recursos entre distintas patologías. En Chile estos estudios están recibiendo cada vez más atención y es por eso que se han publicado lineamientos tanto para usar evidencia publicada de costo-efectividad (MINSAL 2011), como para conducir estudios localmente (MINSAL 2013).

El objetivo de este artículo es presentar una revisión rápida de la literatura que describe la costo-efectividad de las intervenciones sanitarias existentes para la cesación del tabaquismo, en particular de las intervenciones de consejería breve, terapia de reemplazo a la nicotina y el uso de los medicamentos vareniclina y bupropión.

■ METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de artículos de revisiones sistemáticas de estudios de costo-efectividad en base de datos PUBMED, cuya unidad de resultados fuese años de vida ajustados por calidad (QALY por su sigla en inglés), publicados en los últimos cinco años, en relación con las siguientes intervenciones para el cese del hábito tabáquico: consejería breve, terapia de reemplazo con la nicotina y uso de los medicamentos vareniclina y bupropión. El detalle de la estrategia de búsqueda se describe en los Cuadros 1 y 2. El grado de calidad de las revisiones

25 Asesor Técnico en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, DIPLAS.

26 Asesora Departamento de Economía de la Salud y Coordinadora Técnica de la Comisión Nacional en Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

27 Asesora Técnica en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, DIPLAS.

Cuadro 1
Estrategia de búsqueda PUBMED

Restricciones: Últimos cinco años y revisiones sistemáticas
(((((Tobacco Use Cessation[MeSH Terms] OR Smoking Cessation[MeSH Terms])) AND (((Cost-Benefit Analysis[MeSH Terms] OR (Costs and Cost Analysis[MeSH Terms])) OR cost-utility) OR cost-effectiveness) OR economic evaluation)) AND (((((varenicline[Supplementary Concept] OR Bupropión[MeSH Terms]) OR Counseling[MeSH Terms]) OR Behavior Therapy[MeSH Terms]) OR Motivational Interviewing[MeSH Terms]) OR Tobacco Use Cessation Products[MeSH Terms]))

Cuadro 2
Pregunta de investigación: ¿Cuál es la costo-efectividad de los métodos de cesación del tabaco?

Población: Población general adulta
Intervención: Métodos de cesación del tabaco que incluyan alguna de las siguientes alternativas: consejería breve, terapia de reemplazo a la nicotina, bupropión o vareniclina
Comparaciones: Alternativas descritas en la intervención agregando cese sin ayuda
Outcome: Años de vida ajustados por calidad (QALY) o Años de vida ajustados por discapacidad (DALY)

sistemáticas fue evaluado mediante la aplicación del instrumento AMSTAR (Assesing the methodological quality of systematic reviews), el que consiste en un *checklist* de 11 criterios de calidad metodológica de igual peso (Shea et al. 2007), que pueden aplicarse en su totalidad o parcialmente según las características del estudio evaluado. Los resultados de costo-efectividad de cada estudio son descritos en tablas de resumen, en sus monedas de origen, sin realización de conversiones. Las referencias de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas analizadas son reportadas al final del presente artículo, exclusivamente como una fuente de información adicional.

■ RESULTADOS DE ESTRATEGIA DE BÚSQUDA

Mediante la aplicación de los criterios de búsqueda se obtuvo un total de 19 artículos en PUBMED, de los que solo dos fueron seleccionados por corresponder a revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas de intervenciones para el cese del tabaco.

La primera revisión sistemática de evaluaciones económicas (Ruger & Lazar 2012) realizó una búsqueda extensa de terapia farmacológica y conductual en *PUBMED* y en la *British National Health Service Economic Evaluation Database* que incluyó 15 artículos sobre terapia farmacológica basada en el reemplazo de nicotina, 12 artículos sobre farmacoterapia no basada en reemplazo de nicotina y 10 artículos con relación a consejería breve. De este total, solo 15 estudios reportaron QALY como unidad de resultado. De acuerdo con los autores, la revisión incluyó una evaluación de la calidad de los artículos seleccionados utilizando el *checklist* para el reporte de casos-base

del Panel de Costo Efectividad de Salud y Medicina de Estados Unidos (EE.UU.), el formulario de auditoría de datos desarrollado por investigadores del Centro de Análisis de Riesgo de la Universidad de Harvard²⁸ y la guía para envío de artículos económicos a la revista "British Medical Journal". El puntaje AMSTAR estimado para esta revisión correspondió a 5/11.

La segunda revisión sistemática (Mahmoudi et al. 2012) se centró en la costo-efectividad de las terapias farmacológicas de primera línea no basadas en reemplazo de nicotina, es decir, vareniclina y bupropión. Del total de 11 artículos analizados, solo nueve utilizaron QALY como unidad de resultados. La evaluación de la calidad de dichos artículos se realizó aplicando un *checklist* de calidad de estudios económicos en salud desarrollado por Drummond et al. El puntaje AMSTAR estimado para esta segunda revisión correspondió a 7/11.

Debido a que ambas revisiones realizan una descripción de síntesis narrativa, a continuación se describen los principales resultados de los estudios (N=20) que reportaron QALY o DALY como unidad de efectividad, separados por el tipo de intervención evaluada.

RESUMEN DE EVIDENCIA 1: EVALUACIONES ECONÓMICAS DE CONSEJERÍA BREVE PARA EL CESE DEL TABACO

Un total de tres estudios reportaron QALY como unidad de resultado. Dichos estudios fueron publicados en el período 2006-2009 y corresponden a dos de EE.UU. y uno de Escocia. Si bien es cierto que existe una diversidad en los

28 Disponible en <http://www.hcra.harvard.edu>

grupos poblacionales, detalles de las intervenciones y comparadores estudiados, así como en las variables utilizadas en cada uno de los análisis de costo-efectividad, los resultados indicarían una tendencia general a presentar ICER menores a USD10.000 por QALY ganados por diversos tipos de consejería breve versus cuidados habituales o cese sin ayuda. El detalle de los estudios se presenta en la Tabla 1.

RESUMEN DE EVIDENCIA 2: EVALUACIONES ECONÓMICAS DE TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA

Cuatro estudios reportaron QALY como unidad de resultado, los que fueron publicados en el periodo 1996-2005 en dos países: tres de EE.UU. y uno de Holanda. Tres de los estudios basaron sus resultados en análisis realizados en modelos matemáticos y uno en datos de un estudio observacional local. Nuevamente se puede observar una diversidad en los grupos poblacionales, detalles de las intervenciones (parches, chicles, etc.) y comparadores estudiados (consejería, cese sin ayuda, etc.), así como en las variables utilizadas en cada uno de los análisis de costo-efectividad. Se puede concluir que existe una tendencia general a que las terapias de reemplazo a la nicotina presentan ICER menores a USD11.000 por QALY ganado en comparación con consejería o cese sin ayuda. Los resultados de costo-efectividad varían de acuerdo con el sexo, edad y tipo de intervención comparada. La Tabla 2 describe las principales características de los estudios que evaluaron la costo-efectividad de las terapias de reemplazo a la nicotina.

RESUMEN DE EVIDENCIA 3: EVALUACIONES ECONÓMICAS DE TERAPIAS FARMACOLÓGICAS NO BASADAS EN NICOTINA PARA EL CESE DEL TABACO

Un total de 13 estudios reportaron QALY como unidad de resultado considerando los artículos reportados en ambas revisiones sistemáticas, los que fueron publicados en el periodo 2006-2010 en 11 países distintos (considerando de forma individual a los países incluidos en dos estudios multinacionales), con un claro predominio de naciones europeas. En la evaluación de este tipo de intervenciones destaca la aplicación frecuente de un modelo internacional de Markov denominado "*Benefits of Smoking Cessation on Outcomes*" (BENESCO) que consiste en una cohorte hipotética de fumadores adultos que hacen al menos un intento de cese de tabaco durante el periodo de un año. Debido a la flexibilidad de este modelo, es posible modificar una variedad de características de la población, las intervenciones y los comparadores con el objetivo de reflejar fielmente la realidad epidemiológica y económica local. En cuanto a los resultados, se puede concluir que vareniclina, utilizada en el esquema habitual de 12 semanas, tiende a dominar a nivel internacional al resto de las terapias farmacológicas no basadas en nicotina. Dicha terapia presenta ICER en general menores a USD10.000 por QALY ganado, lo

que independiente de los distintos contextos internacionales sobre los que se desarrollaron los análisis, la transforman en una intervención altamente costo-efectiva al compararla con cese sin ayuda, consejería breve, terapia de reemplazo de nicotina y bupropión. El detalle de los estudios se presenta en la Tabla 3.

■ LIMITACIONES

La información analizada se basa en dos revisiones sistemáticas publicadas el 2012, por lo que estudios de costo-efectividad de intervenciones sanitarias para el cese del hábito tabáquico realizados posterior a ese año no han sido incluidos. Los resultados reportados deben analizarse con precaución e interpretarse en su contexto local y año de realización, ya que cada uno tiene particularidades que impiden una transferibilidad directa de sus resultados a la realidad chilena. Es importante considerar adicionalmente que la calidad de las dos revisiones sistemáticas analizadas es de un nivel moderado de acuerdo con el instrumento de calidad metodológica AMSTAR. El reporte de las intervenciones se agrupó en términos generales de acuerdo con sus características en tres grupos, sin embargo es posible extraer y reportar múltiples tipos de resultados en relación con el grupo de intervenciones específicas que se desee comparar.

■ CONCLUSIONES

A pesar de la gran diversidad de métodos, fuentes de información y formas de presentación de resultados, se puede concluir que las distintas intervenciones sanitarias evaluadas para la cesación del hábito tabáquico son altamente costo-efectivas a disposiciones de pago cercanas o inferiores a USD10.000 (menor a un PIB per cápita Chile, 2014) dependiendo de las comparaciones realizadas.

Al comparar la costo-efectividad de vareniclina versus el resto de las terapias para la cesación del hábito tabáquico, se puede concluir que en general vareniclina tiende a ser una intervención dominante, es decir, resulta más efectiva y menos cara.

Los distintos niveles de costo-efectividad que pudiesen existir en Chile para una intervención en particular dependerían de variables críticas como el costo del medicamento, edad/sexo de los fumadores y la incidencia local de las enfermedades relacionadas con el tabaco (Ej. enfermedad obstructiva crónica, enfermedad coronaria, accidente vascular y cáncer pulmonar). Para determinar de manera más precisa la costo-efectividad marginal de las distintas intervenciones a nivel local se hace necesario realizar un estudio primario de costo-efectividad que pudiese basarse en el modelo internacional BENESCO, o bien realizar un análisis de transferibilidad de los estudios existentes reportados en la literatura.

Tabla 1.
Resumen de evaluaciones económicas de consejería breve para el cese del tabaco

Referencia	País/Moneda	Método/Modelo	Intervención	Perspectiva	Horizonte temporal	Tasa de descuento	Año base	Resumen resultado
(Ruger et al. 2008)	EE.UU./USD	Costo-efectividad basado en ensayo clínico controlado	Entrevista motivacional con enfermera, cuidado habitual	Social	De por vida	3% costo/outcome	1997	ICER \$ 628 x QALY de entrevista motivacional versus cuidado habitual
(Boyd & Briggs 2009)	Escocia/Libras	Costo-efectividad basado en estudio observacional	Apoyo individual en farmacias, consejería grupal en comunidad, cese sin ayuda	Sistema de salud	Cuatro semanas y un año	No disponible (n.d.)	2007	ICER \$ 772 x QALY en consejería farmacéutica y \$ 1612 por consejería grupal, ambos en comparación a cese sin ayuda.
(Solberg et al. 2006)	EE.UU./USD	No se describe el tipo de modelo	Cuatro modelos que incluyeron costos de consejería y enfermedades secundarias	Social	De por vida	3% costo/outcome	2000	\$ 1.100 y \$ 2.266 x QALY ganado en consejería única o anual respectivamente

Tabla 2.
Resumen de evaluaciones económicas de terapias de reemplazo de la nicotina para el cese del tabaco

Referencia	País/Moneda	Método/Modelo	Intervención	Perspectiva	Horizonte temporal	Tasa de descuento	Año base	Resumen resultado
(Fiscella & Franks 1996)	EE.UU./USD	Decisión analítica	Consejería médica versus consejería médica y parches de nicotina	Pagador	De por vida	3% costo/outcome	1995	ICER \$ 4.390-\$1.0943 x QALY para hombres y ICER \$ 4.955-\$ 6.983 x QALY para mujeres, para parches de nicotina versus consejería médica
(Cromwell et al. 1997)	EE.UU./USD	Probabilidades de decisión	Cinco intervenciones de consejería médica con y sin parches o chicle de nicotina	Social	Un año	3% costo/outcome	1995	\$ 1.108-\$ 4.542 x QALY ganado dependiendo el tipo de intervención de consejería y de reemplazo de nicotina
(Feenstra et al. 2005)	Holanda/Euro	Markov	Consejería mínima o intensiva médica con o sin reemplazo nicotina	Social	Uno, 10 o 75 años	4% costo/outcome	2000	\$ 1.100-\$ 4.900 x QALY ganado por consejería telefónica o consejería intensiva más reemplazo de nicotina.
(Tran et al. 2002)	EE.UU./USD	Observacional	Cuatro métodos (sin ayuda, parches, chicles y bupropión) dirigidos por farmacéuticos.	Pagador, social	Un año o de por vida	3% costo/outcome	1997	\$ 450-578 x QALY ganado utilizando parche de nicotina

Tabla 3.

Resumen de evaluaciones económicas de terapias farmacológicas no basadas en nicotina para el cese del tabaco

Referencia	País/ Moneda	Método/ Modelo	Intervención	Perspectiva	Horizonte temporal	Tasa de descuento	Año base	Resumen resultado
(Bolin et al. 2006)	Suecia/ Euro-SEK	Global health outcomes sim. model	Bupropión, reemplazo de nicotina	Social	20 años	3% costo/ outcome	2001	ICER \$ 725 Euros (hombres)-\$ 535 Euros QALY (mujeres) x bupropión vs. parches de nicotina
(Bolin et al. 2008)	Suecia/ Euro	Benesco	Vareniclina, bupropión	Social	20, 50 años y de por vida	3% costo/ outcome	2003	ICER \$ 2.056 (hombre) y \$ 1.193 (mujer) x QALY para vareniclina vs. bupropión.
(Fernández de Bobadilla Osorio et al. 2008) NRT (nicotine replacement therapy)	España/ Euro	Benesco	Vareniclina, bupropión, cese sin ayuda	Social	20 años y de por vida	3,5% costo/ outcome	2006	Vareniclina domina en horizonte de por vida
(Hoogendoorn et al. 2008)	Holanda/ Euro	Benesco	Vareniclina, bupropión, nortriptilina o reemplazo de nicotina	Sistema de salud	De por vida	4% costo/ 1,5 outcome	2003	ICER \$ 1.650 x QALY por vareniclina versus nortriptilina y \$ 320 x QALY por Vareniclina versus cese sin ayuda.
(Howard et al. 2008)	EE.UU./ USD	Benesco	Vareniclina, bupropión, reemplazo nicotina, consejería y cese sin ayuda	Sistema de salud	20 años y de por vida	3% costo/ outcome	2006	Vareniclina domina a 20 años y de por vida al resto de las terapias
(Igarashi et al. 2008)	Japón/ USD-YEN	Markov Model	Consejería médica con y sin vareniclina	Sistema de salud	De por vida	3% costo/ outcome	2007	ICER \$ 346, \$ 143J EN x QALY en mujeres al agregar vareniclina a la consejería vs. consejería breve
(Annemans et al. 2009)	Bélgica/ Euro	Benesco	Vareniclina, bupropión, reemplazo nicotina, consejería y cese sin ayuda	Sistema de salud	De por vida	3% costo/ 1,5 outcome	2001	ICER \$ 1.656 y \$ 240 x QALY por vareniclina versus cese sin ayuda y consejería breve respectivamente.
(Bae et al. 2009)	Corea del Sur/USD	Benesco	Vareniclina, bupropión	Social	De por vida	5% costo/ outcome	n.d.	ICER \$ 4.809 x QALY de vareniclina versus terapia de reemplazo de nicotina
(Bolin, Wilson, et al. 2009)	4 países/ Euro	Benesco	Vareniclina y terapia de reemplazo a la nicotina	Sistema de salud	De por vida	3,5% costo/ outcome	2007	Vareniclina domina en casi todos los países vs. reemplazo nicotina en parches (excepto Francia)
(Bolin, Mörk, et al. 2009) 844 males and 208,737 females	Suecia/ Euro	Benesco	Extensión 12 semanas vareniclina	Social	50 años	3% costo/ outcome	2003	ICER QALY \$ 7.066 para hombres y \$ 7.108 para mujeres de vareniclina extendida vs. vareniclina 12 semanas
(Knight et al. 2010)	EEUU/ USD	Benesco	Vareniclina (12/24 semanas), bupropión, reemplazo nicotina, consejería y cese sin ayuda	Sistema de salud	5, 10, 20 años, de por vida	3% costo/ outcome	n.d.	Vareniclina extendida domina a todos menos a vareniclina 12 semanas, con ICER \$ 972 x QALY ganado
(Linden et al. 2010)	Finlandia/ Euro	Benesco	Vareniclina, bupropión, cese sin ayuda	Social	20 años	5% costo/ outcome	2006	ICER \$ 8.791 y \$ 7.791 x QALY de vareniclina versus bupropión y cese sin ayuda
(Vemer & Rutten-Van Möllen 2010)	6 países / Euro	Benesco	Vareniclina, bupropión, reemplazo nicotina y cese sin ayuda	Sistema de salud	De por vida	Variable por país	2006	Bupropión domina terapia de reemplazo de nicotina y vareniclina domina bupropión en caso base

■ REFERENCIAS

- Annemans, L. et al., 2009. Cost-effectiveness of varenicline in Belgium, compared with bupropion, nicotine. *Clinical Drug Investigation*, 29(10), pp. 655-665.
- Bae, J.Y., Kim, C.H. & Lee, E.K., 2009. Evaluation of cost-utility of varenicline compared with existing smoking cessation therapies in South Korea. *Value in Health*, 12(SUPPL. 3), pp. 70-73.
- Bolin, K., Wilson, K., et al., 2009. Cost-effectiveness of varenicline compared with nicotine patches for smoking cessation - Results from four European countries. *European Journal of Public Health*, 19(6), pp. 650-654.
- Bolin, K. et al., 2008. Varenicline as compared to bupropion in smoking-cessation therapy-Cost-utility results for Sweden 2003. *Respiratory Medicine*, 102(5), pp. 699-710.
- Bolin, K., Lindgren, B. & Willers, S., 2006. Simulation Model Results for Sweden The Cost Utility of Bupropion in Smoking Cessation Health Programs*. *Chest Journal*, 129(march), pp. 651-660.
- Bolin, K., Mörk, A. & Wilson, K., 2009. Smoking-cessation therapy using varenicline: The cost-utility of an additional 12-week course of varenicline for the maintenance of smoking abstinence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), pp. 478-485.
- Boyd, K. & Briggs, A., 2009. Cost-effectiveness of pharmacy and group behavioural support smoking cessation services in Glasgow. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(2), pp. 317-25. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19149829> [Accessed May 5, 2015].
- Cromwell, J. et al., 1997. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 278(21), pp. 1759-1766.
- Feenstra, T.L. et al., 2005. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: A dynamic modeling study. *Value in Health*, 8(3), pp. 178-190.
- Fernández de Bobadilla Osorio, J. et al., 2008. Cost-effectiveness analysis of varenicline (Champix) for the treatment of smoking in Spain. *Anales de medicina interna (Madrid, Spain : 1984)*, 25(7), pp. 342-348.
- Fiscella, K. & Franks, P., 1996. Cost-effectiveness of the transdermal nicotine patch as an adjunct to physicians' smoking cessation counseling. *JAMA*, 275(16), pp. 1247-51. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8601956> [Accessed May 27, 2015].
- Hoogendoorn, M., Welsing, P. & Rutten-van Mölken, M.P.M.H., 2008. Cost-effectiveness of varenicline compared with bupropion, NRT, and nortriptyline for smoking cessation in the Netherlands. *Current medical research and opinion*, 24(1), pp. 51-61.
- Howard, P. et al., 2008. Cost-Utility Analysis of Varenicline versus Existing Smoking Cessation Strategies using the B. *Pharmacoeconomics*, 26(6), pp. 497-511.
- Igarashi, a, Fukuda, T. & Tsutani, K., 2008. Prs18 Cost-Utility Analysis of Varenicline, an Oral Smoking Cessation Drug, in Japan. *Value in Health*, 11(3), p. A274.
- Knight, C. et al., 2010. The cost-effectiveness of an extended course (12 + 12 Weeks) of varenicline compared with other available smoking cessation strategies in the United States: An extension and update to the BENESCO model. *Value in Health*, 13(2), pp. 209-214.
- Linden, K. et al., 2010. Cost-effectiveness of varenicline versus bupropion and unaided cessation for smoking cessation in a cohort of Finnish adult smokers. *Current medical research and opinion*, 26(3), pp. 549-560.
- Mahmoudi, M., Coleman, C.I. & Sobieraj, D.M., 2012. Systematic review of the cost-effectiveness of varenicline vs. bupropion for smoking cessation. *International Journal of Clinical Practice*, 66(2), pp. 171-182.
- MINSAL, 2010. *Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010*, Santiago. Available at: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
- MINSAL, 2013. *Guía metodológica para la evaluación económica de intervenciones de salud en Chile.*, Santiago. Available at: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/EE_FINAL_web.pdf.
- MINSAL, 2011. *Guía para el Uso de Evidencia de Costo Efectividad en Intervenciones en Salud*, Santiago. Available at: <http://desal.minsal.cl/DOCUMENTOS/PDF/2011/GuiaevidenciaFinal.pdf>.
- OPS, 2013. *Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas*, Washington, DC: OPS.
- Pichón-Riviere, A. et al., 2014. *Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Chile*, Buenos Aires, Argentina.
- Ruger, J.P. et al., 2008. Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: a randomized controlled trial. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(2), pp. 191-8. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2775431&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed May 27, 2015].
- Ruger, J.P. & Lazar, C.M., 2012. Economic evaluation of pharmacological and behavioral therapies for smoking cessation: a critical and systematic review of empirical research. *Annual review of public health*, 33, pp. 279-305. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3959760&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed May 11, 2015].
- Shea, B.J. et al., 2007. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*, 7(1), p. 10. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10> [Accessed July 16, 2014].
- Solberg, L.I. et al., 2006. Repeated Tobacco-Use Screening and Intervention in Clinical Practice. Health Impact and Cost-Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(1).
- Tran, M.T. et al., 2002. Modeling the cost-effectiveness of a smoking-cessation program in a community pharmacy practice. *Pharmacotherapy*, 22(12), pp. 1623-1631.
- Vemer, P. & Rutten-Van Mölken, M.P.M.H., 2010. Crossing borders: Factors affecting differences in cost-effectiveness of smoking cessation interventions between European countries. *Value in Health*, 13(2), pp. 230-241. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00612.x>.

Infografía: Financiamiento de la Salud en Chile

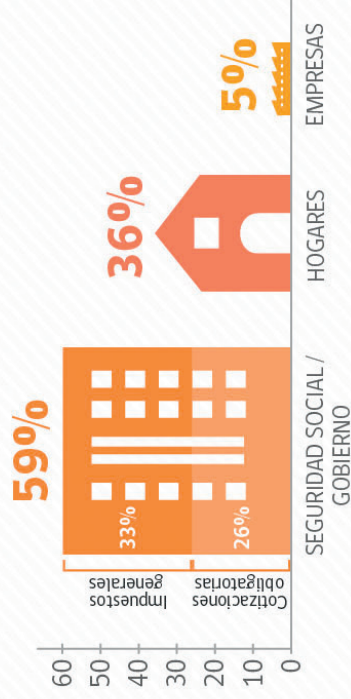
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE EN 4 PASOS

1 ¿CUÁLES SON LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO?

COTIZACIONES DE SALUD		TRANSFERENCIAS DEL GOBIERNO	GASTO BOLSILLO DE SALUD HOGARES
Compulsivas	Voluntarias		
Cotización Obligatoria Hogares	Cotización Voluntaria Hogares	Aporte FONASA	Copagos
26,5%	4,7%	22,9%	10,5%
Fonasa 54% Isapres 46%	Isapres 91% Clas. Seg. 9% Isapres 14% Clas. Seg. 86%	10,2%	Fármacos, pagos directos, etc.
2,0%	3,2%	22,9%	20,0%

El 33% se financia con aporte estatal

2 ¿QUIÉNES FINANCIAN?



TOTAL FINANCIAMIENTO 2013: MM\$10.940.000 (8% PIB)

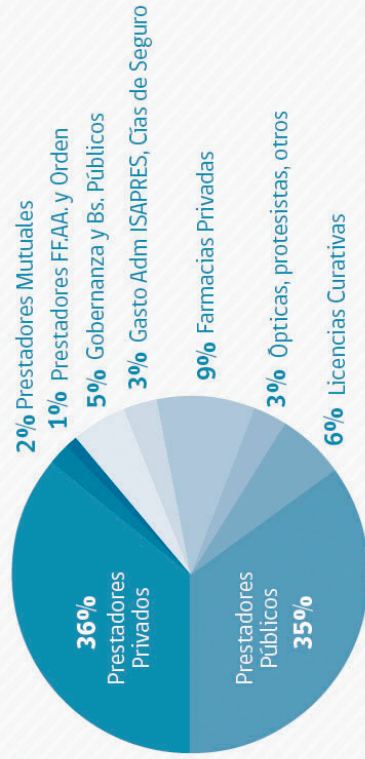
3 ¿QUIÉNES ADMINISTRAN LOS FONDOS?

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		SEGUROS PRIVADOS DE SALUD	HOGARES	GOBIERNO
FONASA	Mutuales	ISAPRES	Compañías de Seguros	Ministerio de Salud
38,2%	2,0%	4,7%	30,5%	8,3%
		12,2%	3,2%	0,9%
		4,7%	30,5%	8,3%

FONASA administra el 38% para una población de más de 13 millones de beneficiarios. Las ISAPRES administran el 17% para una población de 3 millones de beneficiarios.

Elaborado por la Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento Economía de la Salud, MINSAL, 2014. Fuentes de información utilizadas y nota metodológica de estimación disponible en desal.minsal.cl

4 ¿DÓNDE SE GASTAN LOS RECURSOS?



Noticias

BOLETÍN N° 1 DESAL 2015

■ SEMINARIO INTERNACIONAL “PROCESOS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (ETESA): DESDE LA EVIDENCIA A LA RECOMENDACIÓN”

El día 19 de noviembre de 2014 se realizó en el Hotel Sheraton el Seminario Internacional “Procesos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA): desde la evidencia a la recomendación”, organizado por la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) del Ministerio de Salud de Chile, por medio de la Comisión Nacional de ETESA.

La jornada se inició con la bienvenida y palabras del Subsecretario de Salud Pública, Dr. Jaime Burrows Oyarzún, y contó con la participación de reconocidos expertos internacionales en el ámbito de ETESA, quienes compartieron sus experiencias en el desarrollo de este proceso en sus respectivos países, relacionando la evidencia con la toma de decisiones.

Durante la mañana se revisaron aspectos generales de los procesos de ETESA, así como experiencias internacionales. Marianela Castillo, Coordinadora de la Comisión Nacional de ETESA y asesora del Departamento de Economía de la Salud de la DIPLAS, expuso sobre el contexto del seminario, enfatizando en los procesos de ETESA y en los métodos para la formulación de recomendaciones a partir de la evidencia. A continuación, la Dra. Kalipso Chalkidou, Directora del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) International en Inglaterra, compartió la experiencia de NICE en los procesos de participación y deliberación. Luego, Alexandre Lemgruber, Asesor Regional de Tecnologías Sanitarias de OPS Washington y Coordinador de la Red de ETESA para Latinoamérica (RedETSA), presentó una panorámica regional de los procesos de ETESA en las Américas. Con el fin de conocer más en detalle la experiencia de un país latinoamericano, el Dr. Héctor Castro, Director Ejecutivo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia, se refirió a la experiencia de institucionalización de ETESA en su país, precisando sobre el análisis de multicriterio en la priorización de tecnologías a evaluar. La mañana cerró con una mesa redonda en que se contó con la visión del Director de CENABAST, del Director del ISP y del Jefe de la DIPLAS, en el marco de los procesos de ETESA en Chile.



Por la tarde se abordaron aspectos éticos de los procesos de ETESA, en que Adriane Gelpi, profesora del Programa de Ética y Política en Salud del Centro Yale-Hastings y miembro del Centro de Ética Edmond Safra de la Universidad de Harvard, discutió sobre cómo implementar “procesos justos” en salud y Carla Sáenz, Asesora Regional de Bioética de OPS Washington, se refirió a las pautas de ética en la priorización y la toma de decisiones justas en el contexto de la cobertura universal en salud. Finalmente, el profesor Álvaro Hidalgo, de la Universidad Castilla-La Mancha, expuso sobre la experiencia de España en los procesos de evaluación de medicamentos.

El seminario fue muy exitoso, contando con una variada audiencia que incluyó representantes de la academia, autoridades y profesionales del sector salud, asociaciones de usuarios y pacientes, sociedades científicas y representantes de la industria y de las ISAPRE, entre otros actores relevantes a los procesos de ETESA en nuestro país.

■ IES PARTICIPA EN TALLER REGIONAL SOBRE CUENTAS DE SALUD

Desde el 17 al 21 de noviembre de 2014 se realizó en la ciudad de Lima, Perú, el “Taller Regional sobre Cuentas de Salud: Metodología Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011) y el Uso de la Herramienta de Producción (HAPT)”, cuyo objetivo fue discutir y trabajar en forma práctica los aspectos operacionales para el reporte del gasto en salud y del seguimiento de recursos por enfermedades, según definiciones, fuentes de información disponibles, métodos, procedimientos y estrategias para distribuir el gasto por secciones de CIE y de acuerdo con el marco del sistema de cuentas de salud 2011 (SHA 2011, OECD, EU, WHO).



Dicho evento fue organizado en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), y contó con la participación de representantes de los Ministerios de Salud, Banco Central e Instituto Nacional de Estadísticas de diversos países de la región, como: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, muchos de los cuales están trabajando o desarrollando estadísticas de Cuentas de Salud.

En representación del Ministerio de Salud de Chile asistieron las profesionales Gloria Farías y Romina Leal de la Oficina de Información Económica en Salud (IES), del Departamento de Economía de la Salud.

Las presentaciones estuvieron a cargo de expertos de OMS y OPS en el campo de las Cuentas de Salud y en especial respecto del nuevo manual del Sistema de Cuentas de Salud 2011, y la herramienta de producción (HAPT) y herramienta de Análisis (HAAT) desarrollado por la OCDE, Eurostat y OMS.

■ TALLER DE EXPERTOS SOBRE ESPACIO FISCAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD DE OPS/OMS

Desde el 27 al 29 de abril de 2015 se realizó en dependencias de la OPS el "Taller de Expertos sobre Espacio Fiscal en el marco de la estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud de OPS/OMS".

Uno de los principales objetivos del taller fue dar a conocer los resultados y discutir las implicaciones de un estudio exploratorio sobre espacio fiscal para salud para algunos países de la región, coordinado por OPS WDC, con el fin de poder detectar en las diferentes realidades de cada país las oportunidades para aumentar el espacio fiscal que permita llevar adelante el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud (AUS/CUS).



También se discutió sobre cuáles debiesen ser los elementos clave para plantear un diálogo al interior de los gobiernos y con toda la sociedad sobre espacio fiscal para avanzar hacia la AUS/CUS, además de proponer recomendaciones específicas para sostener la expansión del acceso a servicios integrales de calidad; entre otros ámbitos.

Entre los participantes del taller asistieron representantes de agencias internacionales como GAVI (Alianza Global para las Vacunas), CEPAL, OPS y OMS. Representantes de los Ministerios de Salud de Bolivia, Perú y Chile, además de académicos e investigadores internacionales como Oscar Cetrángolo de la Universidad de Buenos Aires y Ernesto Báscolo de la Universidad de Rosario.

En el caso de Chile participaron Camilo Cid, investigador del Depto. de Salud Pública de la PUC y Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma a las ISAPRE; Pietro Cifuentes, Jefe del Departamento de Planificación Institucional de FONASA, y Alain Palacios, Jefe del Departamento de Economía de la Salud del MINSAL.

■ SEMINARIO INTERNACIONAL “ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD CON MIRAS A LAS METAS DE DESARROLLO SUSTENTABLE POST-2015”

El día 24 de abril de 2015, la Ministra de Salud de Chile, Dra. Carmen Castillo, y la Directora General de la Organización Panamericana de la Salud, Dra. Carissa Etienne, inauguraron el “Seminario internacional acceso y cobertura universal en salud en Chile con miras a las metas de desarrollo sustentable post-2015”, donde se planteó la importancia de las políticas públicas en salud que apuntan hacia el acceso y cobertura universal, dado el impacto en la población y en los indicadores de salud y bienestar, entre otros temas de relevancia que buscan “*Salud como un derecho... real, ahora. En cada país, y para todos*”.

En la actividad estuvieron presentes una serie de autoridades tanto del Ministerio de Salud como de la



Organización Mundial y Panamericana de la Salud, y del Banco Mundial. Además participaron como expositores la Dra. Jeanette Vega, Directora del Fondo Nacional de Salud de Chile; Dr. Ties Boerna, Director del Departamento de Estadísticas e Informática en Salud de la Organización Mundial de la Salud; Dra. Amalia del Riego, Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso de la OPS; Dr. Bernardo Martorell, Jefe de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de Chile, y el Economista Dan Ángelo Gamarra Minaya, del Ministerio de Salud de Perú.

El monitoreo del acceso y cobertura universal en salud se convertirá en uno de los objetivos relevantes para todos los países a nivel global, en este sentido el Ministerio de Salud, mediante la División de Planificación Sanitaria, está desarrollando un modelo para poder llevar adelante esta tarea. En este seminario, el Dr. Martorell presentó la primera versión de este sistema de monitoreo de indicadores, lo que permitirá tener evidencia concreta de los avances en esta materia, como insumo relevante para desarrollar mejores políticas públicas en salud.

En la ocasión también se realizó el lanzamiento en Chile de la edición en español de la serie sobre cobertura universal en América Latina de la prestigiosa revista científica *The Lancet*.

Subsecretario de Salud Pública: Dr. Jaime Burrows Oyarzún.
Jefe División de Planificación Sanitaria: Dr. Bernardo Martorell Guerra.
Jefe Departamento de Economía de la Salud: Alain Palacios Quezada.
Editora Responsable: Andrea Arenas Gómez.