

## Uso de servicios, efecto de compensación costes del trastorno de pánico

L. Salvador-Carulla<sup>a</sup>, J. Seguí<sup>b</sup>, P. Fernández-Cano<sup>c</sup> y J. Canet<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Profesor titular de Psiquiatría. Universidad de Cádiz.

<sup>b</sup>Jefe de la Sección de Psiquiatría. Hospital La Alianza. Barcelona.

<sup>c</sup>Consejera de Salud. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Toledo.

<sup>d</sup>Psicólogo clínico.

### utilización de servicios sanitarios, coste sanitario, trastorno de pánico

**FUNDAMENTO:** En pacientes psiquiátricos, la utilización de servicios generales de salud disminuye drásticamente tras el diagnóstico correcto. Este fenómeno, denominado efecto de compensación (offset), permite evaluar la utilización de servicios ineficaces y contribuye a estimar el impacto relativo del trastorno, así como los beneficios de las campañas de formación y/o de implementación de servicios. Este estudio pretende valorar el efecto de compensación y los costes del trastorno de pánico (TP) en un entorno natural.

**MÉTODOS:** Se recogieron los datos clínicos y de utilización de servicios durante los 12 meses anteriores al diagnóstico y los 12 meses posteriores al mismo. La evaluación clínica de los 61 pacientes con trastorno de pánico incluyó una entrevista estandarizado (SCID-UP), escalas de funcionamiento general, mejoría, gravedad de los síntomas y nivel de discapacidad. También se registraron los días de trabajo perdidos.

**RESULTADOS:** Las características sociodemográficas, la evolución clínica y la tasa de respuestas al tratamiento eran comparables a las referidas en otros estudios en el medio natural. Los costes directos del tratamiento de los trastornos de pánico fueron de 1.795.000 pesetas (1.547.000-1.889.000) más durante el año siguiente a la primera consulta psiquiátrica, debido sobre todo a los costes de las visitas psiquiátricas y la medicación. Por el contrario, los costes indirectos fueron de 5.435.000 pesetas menos durante ese período.

**CONCLUSIÓN:** En este estudio de tratamiento de los trastornos de pánico se ha encontrado un fuerte efecto de compensación (94%), muy superior al descrito para trastornos psiquiátricos generales. La provisión de tratamiento psiquiátrico adecuado induce, en los 12 siguientes meses, un aumento de los costes debidos a consultas psiquiátricas y medicación, pero reduce los costes totales cuando se tiene en cuenta el absentismo.

The use of health care services, the effect of compensation and the costs of the panic disorder

**BACKGROUND:** The use of general health care services by psychiatric patients has decreased drastically following correct diagnosis. This phenomenon, called offset effect, allows the use of inefficient health care services to be evaluated and contributes to the estimation of the relative impact of the disorder in addition to the estimation of the benefits of the training campaigns and/or the implementation of services. The aim of this study was to evaluate the offset effect and the costs of the panic disorder (PD) in a natural environment

**METHODS:** The clinical data and the use of health care services over 12 months prior to diagnosis and 12 months following diagnosis were collected. Clinical evaluation of 61 patients with PD included a standard interview (SCID-UP), scales of general functioning, improvement, severity of the symptoms and the level of disability. The number of work days missed was also reported.

**RESULTS:** The sociodemographic features, clinical evolution and the rate of response to treatment were comparable to those referred in other studies performed in a natural medium. The direct costs of treatment of AP were 1,795,000 pesetas (1,547,000-1,889,000) higher during the year following the first psychiatric consultation, mainly due to the costs of the visits to the psychiatrist and the medication. On the contrary, the indirect costs were 5,435,000 pesetas less during this period.

**CONCLUSIONS:** In this study on the treatment of patients with the panic disorder a strong offset effect (94%) was found being much greater than that described for general psychiatric disorders. Adequate psychiatric treatment induces in the next 12 months an increase in the cost due to psychiatric consultation and medication, however reduces the total costs when absenteeism is taken into account.

*Med Clin (Barc)* 1994; 103: 287-292

Correspondencia: Prof. L. Salvador-Carulla.  
Centro de Investigación de Minusvalías. Ed. CYCAS 7.º.  
Urbanización El Bosque. 11405 Jérez de la Frontera. Cádiz.

Manuscrito aceptado el 5-3-1994

El trastorno de pánico (TP) o trastorno de angustia es una enfermedad mental frecuente. Un reciente estudio refiere una prevalencia/vida ponderada del 4,3% en una comunidad de Cataluña<sup>1</sup>. Este trastorno se asocia a un nivel de incapacidad similar al de la depresión mayor, a una alta comorbilidad psiquiátrica y física<sup>2</sup>, y se caracteriza por la aparición de episodios repentinos de síntomas tales como taquicardia, ahogo, mareos y miedo a morir<sup>3</sup>. Estos síntomas pueden, a veces, confundirse con un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular, entre otras enfermedades orgánicas. Los pacientes con trastorno de pánico muestran una fuerte demanda de asistencia sanitaria<sup>4</sup>, que en muchas ocasiones se dirige a unidades de cardiología, neurología u otras consultas no psiquiátricas. De hecho, estos pacientes utilizan siete veces más los servicios médicos y refieren el doble de absentismo laboral que la población general<sup>5</sup>. La importante discapacidad laboral, pérdida de autonomía y de calidad de vida a causa de este trastorno han sido señaladas también por otros autores<sup>6,7</sup>. Sus síntomas, la demanda de asistencia no psiquiátrica y la relativa novedad de su descripción (se ha incluido por primera vez en la CIE en su última edición)<sup>8</sup> determinan una elevada proporción de casos sin diagnóstico o con diagnóstico erróneo y, por consiguiente, una utilización de servicios médicos altamente ineficaz.

Por otra parte, se ha descrito una marcada reducción en la utilización de los servicios médicos generales por los pacientes psiquiátricos cuando se efectúa el contacto con los servicios de salud mental y se proporciona un diagnóstico y un tratamiento adecuados<sup>9-14</sup>. Este fenómeno se denomina efecto de compensación (offset effect) y varía entre una disminución del 5% en las consultas ambulatorias y un descenso del 85% en los días de estancia hospitalaria<sup>10</sup>. De todas formas, los datos sobre utilización de servicios y sus costes asociados son poco relevantes si no se relacionan con la respuesta clínica. Ésta no se evalúa en muchos de los estudios publicados, que obtienen la información de grandes bases de datos donde la fiabilidad del diagnóstico y de la evaluación clínica es, cuando menos, cuestionable. En

otros casos, los datos sobre utilización de servicios se recogen en el contexto de ensayos clínicos, donde las condiciones difieren mucho de las habituales en la práctica médica. Es importante, pues, efectuar ese tipo de estudios en un entorno natural, siempre y cuando se realice una evaluación clínica fiable y se proporcione un tratamiento adecuado.

El objetivo del presente estudio es evaluar el coste y el efecto de compensación del tratamiento de los TP. Se considera, por un lado, la perspectiva de la sociedad, al valorar las repercusiones globales de la enfermedad y su tratamiento y, por otro, la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, cuando se contabilizan sólo los gastos directos de tipo sanitario.

## Material y métodos

La Alianza es una mutua de asistencia sanitaria que en 1991 contaba con más de 220.000 afiliados en Cataluña. Durante los 6 primeros meses de funcionamiento de la unidad psiquiátrica del Hospital Central La Alianza (desde el 1/3/1991 hasta el 31/8/1991), 86 pacientes fueron diagnosticados de TP de acuerdo con los criterios DSM-III-R. Sesenta y uno (71%) completaron un tratamiento de 12 meses y fueron seleccionados para este estudio. Se usó un diseño prepost de 24 meses para recoger los datos clínicos y de utilización de servicios sanitarios. Los datos del período I (12 meses previos a la primera visita a la unidad psiquiátrica) se obtuvieron retrospectivamente mediante preguntas al propio paciente y los datos del período II (12 meses después de la primera visita) se recogieron en el seguimiento. Aunque 14 sujetos comunicaron encuentros previos con otros psiquiatras, ninguno de ellos había recibido antes un diagnóstico formal de trastorno de pánico. Todos los pacientes fueron entrevistados, seguidos y tratados por un solo psiquiatra experimentado. La fiabilidad del recuerdo por parte del paciente sobre la utilización de servicios se evaluó mediante comprobación cruzada de las pruebas EEG realizadas en la unidad de neurología durante el período I, en comparación con el relato del paciente. Se observó un acuerdo global del 93,5% (kappa sin compensación: 0,87).

**Evaluación clínica.** Incluyó: entrevista semiestructurada en el período I (SCID-UP), puntuaciones en la escala de funcionamiento general (GAF), mejoría según la escala analógica visual (VAS para el médico y el paciente), gravedad de síntomas y nivel de incapacidad (escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, escala de fobias de Marks y Matthews y escala de síntomas asociados al pánico o *Panic-Associated Symptom Scale -PASS-*). Las versiones españolas de estas escalas se administraron al final de cada período.

**Utilización de servicios sanitarios y costes directos asociados.** Todos los servicios sanitarios utilizados por los 61 pacientes y los días de trabajo perdidos por los 29 pacientes que trabajaban, durante ambos períodos, se anotaron en la hoja de recogida de datos económicos. Para todos los conceptos, la diferencia en las unidades entre los períodos I y II se multiplicó por el precio de la unidad en valores de 1992, de forma que no fuera necesario aplicar un descuento. Entre todos los costes directos ocasionados por los TP, sólo se estimaron los de tipo sanitario, debido a la dificultad para calcular otros costes como el transporte, servicios familiares o sociales, así como su peso relativo. Los costes sanitarios considerados aquí son los ocasionados por: 1) consultas médicas; 2) hospitalización; 3) pruebas diagnósticas; 4) medicación, y 5) medicina alternativa. Para asignar valores monetarios a los conceptos 1 y 3 se utilizó la tarifa oficial del Colegio de Médicos de Barcelona para 1992. Esta

tarifa tiene varios niveles de reembolso, entre el 50 y el 100%, según el acuerdo de cada centro. Aunque el nivel utilizado por la mutua La Alianza es del 50%, en el presente estudio se eligió el 75%, por ser una cifra que refleja mejor los costes de producción de los servicios y puede ser más generalizable a otros centros. Para valorar económicamente la hospitalización, se utilizó un precio de estancia de 18.000 pesetas/día. En el caso de la medicación, se emplearon los precios de venta al público, sin impuestos. Para los contactos con la medicina alternativa se han asignado los precios comunicados por el paciente.

**Efecto de compensación (offset).** El efecto de compensación se calculó según la disminución total en la utilización y coste de los servicios sanitarios no psiquiátricos en el período II respecto al período I. Los resultados se han expresado como tanto por ciento.

**Costes indirectos.** De entre todos los posibles costes indirectos<sup>15</sup>, en este estudio sólo se incluyeron los días de trabajo perdidos y, por tanto, sólo se ha analizado la población activa. Se eligió esa opción debido a la dificultad para calibrar una disminución en las actividades sin una pauta ni una intensidad definidas (p. ej., las tareas domésticas), a pesar de que sus costes indirectos podrían ser tan altos como los de la población trabajadora. Por otra parte, tampoco se incluyó la disminución de la productividad laboral ni la pérdida de posibles ingresos más altos a causa del TP en la población trabajadora. Aunque esos aspectos son claramente relevantes, el factor subjetivo que conlleva dificultad su estimación. El método del capital humano considera el coste indirecto de la producción perdida como la suma de las pérdidas primarias de producción, las ganancias futuras descontadas al valor presente y las pérdidas secundarias de producción. Recientemente, se ha producido una cierta controversia respecto a la validez de ese método, debido a consideraciones éticas y metodológicas<sup>16</sup>. Para obviar algunas dificultades inherentes al método del capital humano, se ha desarrollado el método de fricción<sup>17</sup>, que plantea un nuevo enfoque para estimar los costes indirectos de la enfermedad. Las pérdidas de producción se confinan en este caso al período necesario para sustituir a un trabajador enfermo (período de fricción) y se consideran las reservas laborales internas en las empresas, así como la existencia de desempleo sustancial. Como el método de capital humano, sólo se centra en el trabajo remunerado y no considera el trabajo a nivel subóptimo. Debido a que este método está aún en fase de desarrollo, en el presente estudio se estimaron los costes indirectos de los TP por el método de capital humano. No obstante, teniendo en cuenta que las pérdidas reales de producción derivadas del absentismo (excluidas la incapacidad y la mortalidad) pueden oscilar alrededor del 50-60% de las pérdidas potenciales calculadas por el método de capital humano, se ha hecho una estimación por el método de fricción, aplicando un factor de 0,55 sobre las pérdidas potenciales.

Para estimar los costes derivados del absentismo, los días de trabajo perdidos esporádicos se dividieron entre 20 para convertirlos en meses, mientras que las bajas registradas por enfermedad se dividieron entre 30. Se asumió que la población estudiada era bastante homogénea desde el punto de vista socioeconómico. Se usó el salario mensual per cápita bruto de Cataluña durante el primer trimestre de 1992, excluidas las contribuciones a la Seguridad Social (datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística).

**Relación coste/efectividad.** El coste/efectividad del tratamiento de los TP se ha calculado utilizando dos perspectivas: la del Sistema Nacional de Salud, al incluir sólo los costes de tipo sanitario, y la de la sociedad, al valorar además los costes indirectos, como una medida de la carga total de la enfermedad y de su tratamiento sobre el país. En ambos casos, se han medido costes incrementales (diferencias en el coste entre los períodos I y II). la efectividad se midió como número de casos remitidos al final del período II. Se consideró criterio de remisión una mejoría superior a 7 sobre un máximo de 10 puntos en la escala VAS de criterio clínico, que corresponde a ausencia, a nivel significativo, de crisis de pánico, ansiedad

anticipatoria, agorafobia y alteración del funcionamiento general durante el último mes. Este fue preferido al de decremento significativo en las restantes escalas de evaluación, por permitir diferenciar claramente los casos de remisión completa de aquellos con una remisión parcial.

**Análisis estadístico y análisis de sensibilidad.** Para analizar los datos clínicos, se usó estadística no paramétrica (test de Wilcoxon o del rango con orden). Se empleó un análisis de concordancia kappa no compensado para calcular la fiabilidad de la utilización de los propios pacientes como fuente de datos, tomando como referencia las pruebas EEG realizadas durante el período I. La información suministrada por el ciente sobre número de consultas, pruebas diagnósticas y medicación (durante el período I) se sometió a un análisis de sensibilidad entre el 90 y el 110% de la cantidad referida.

También se efectuó un análisis de sensibilidad para el valor asignado a las consultas médicas y pruebas diagnósticas, para lo cual se utilizaron como límites el 50 y el 100% de la tarifa oficial del Colegio de Médicos de Barcelona. Aunque estos límites son muy amplios, reflejan el intervalo total de cargos posible en cualquier institución privada barcelonesa.

## Resultados

No se observaron diferencias sociodemográficas ni clínicas importantes entre los 25 casos que no completaron el período de seguimiento y los 61 pacientes de la muestra (tabla 1). El grupo perdido durante el seguimiento tenía una proporción mayor de personas activas, aunque esa diferencia no fue significativa.

**Resultados clínicos.** La edad media al comienzo del TP fue de 32,6 (12-71) años. Los años transcurridos desde el primer episodio fueron 10,3 (0,1-63). La frecuencia de crisis de pánico durante el mes previo fue alta (15,9 (6 19,4; 0-90)). Dieciséis pacientes (26%) tenían TP sin agorafobia, 22 (36%) presentaban evitación limitada y 23 (38%) evitación extensa. La comorbilidad psiquiátrica fue significativa. Trece pacientes (21%) cumplían los criterios DSM-III-R para abuso y/o dependencia de alcohol y 30 (49,2%) presentaban alteraciones del estado de ánimo. Se diagnosticó distimia en 17 pacientes (28%) y depresión mayor en 12 (20%). Nueve pacientes (14,7%) fueron diagnosticados también de trastorno obsesivo-compulsivo y siete (11,5%), de fobia social. Se observó ansiedad generalizada en 36 pacientes (59%).

El tratamiento psiquiátrico fue decidido por el clínico y dependió de la comorbilidad, gravedad del TP, edad, efectos adversos, respuesta previa al tratamiento y evolución después de 6 semanas de terapia con el fármaco de primera elección. Adicionalmente, durante el seguimiento de 12 meses (período II), se suministró terapia de apoyo y de exposición no sistemática. Las estrategias terapéuticas muestran en la tabla 3. La terapia conductual fue el único tratamiento proporcionado en 2 casos (en uno de ellos después de que el paciente abandonase un tratamiento combinado con clomipramina y alprazolam y

se negase a cualquier otro tratamiento psicofarmacológico). Los 59 pacientes restantes se trataron con fármacos psicotrpicos. La dosis máxima se alcanzó durante los primeros 2 meses de tratamiento y se continuó con una dosis de mantenimiento más baja, administrada

durante por lo menos 6 meses y hasta un año. El fármaco de elección prescrito con más frecuencia fue el alprazolam, solo o asociado con antidepresivos. La dosis media y el intervalo, en miligramos, para los medicamentos más utilizados fueron: alprazolam,  $1,5 \pm 1,3$  (0,125-7);

clomipramina,  $62 \pm 46$  (5-150); imipramina,  $36 \pm 27$  (5-75); fenelcina,  $45 \pm 11$  (30-60). Se contabilizaron todas las prescripciones, incluidas las de los pacientes que sufrieron intolerancia y que, posteriormente, abandonaron el tratamiento. De acuerdo con el criterio anteriormente expuesto, al final del período II 41 pacientes (67%) presentaban una remisión completa del TP o síntomas leves sin incapacidad significativa (durante el último mes, un paciente experimentó una crisis de pánico y otro sufrió dos, pero esos episodios no se asociaron con ansiedad anticipatoria ni con ningún problema en el funcionamiento general). Doce pacientes (20%) mostraron remisión parcial y ocho (13%) experimentaron mejoría escasa o nula después de un año de tratamiento. La **tabla 2** muestra las puntuaciones medias en varias escalas clínicas para los períodos I y II.

*Utilización de servicios y costes directos asociados. Efecto de compensación.* El número de consultas a médicos generales y a especialistas distintos del psiquiatra disminuyó desde 313 en el período I a 15 en el período II (**tabla 4**). Los servicios más utilizados fueron: medicina general (136 visitas), neurología (79), cardiología (32), digestivo (29) y otorrinolaringología (27) en el período I y cardiología (5), digestivo (4) y medicina general (4) durante el período II. El número de visitas a servicios de urgencia descendió desde 75 hasta 7. Esas cifras representan un total de 6,4 visitas no psiquiátricas por paciente durante el período I y de 0,4 durante el período II.

El coste de las consultas no psiquiátricas durante el período I fue de 1.232.550 pesetas (intervalo de sensibilidad: 739.530-1.807.740 pesetas), comparado con 73.350 pesetas (48.900-97.800 pesetas) durante el año de tratamiento. Esos resultados muestran un efecto de compensación muy marcado, con una disminución del 94% en la utilización y los costes. Por el contrario, el número de visitas psiquiátricas aumentó desde 40 hasta 793, como resultado del diagnóstico psiquiátrico y del tratamiento subsiguiente del TP. Los costes asociados fueron de 156.000 pesetas en el período I (93.000-228.800) y de 3.092.700 pesetas en el período II (2,064,12 millones de pesetas).

Se produjeron tres hospitalizaciones debidas a TP en el período I, con un total de 22 noches de estancia. No se produjeron hospitalizaciones durante el período II. En la primera consulta psiquiátrica, se solicitaron análisis de sangre elemental, radiografía de tórax, ECG y análisis de hormonas tiroideas para aquellos pacientes en los que no se habían hecho esas pruebas durante el período I. Contabilizando estas pruebas en el período II, existió una diferencia de 468.990 pesetas (250.090-750.460) menos en el período de trata-

TABLA 1

### Características sociodemográficas de los pacientes con trastorno de pánico evaluados durante la fase de reclutamiento

	Muestra (n = 61)	Perdidos durante el seguimiento (n = 25)
Edad (años, DE)	42 ± 13,2	39,2 ± 15
Sexo		
Varones	19 (31,1)	5 (20)
Mujeres	42 (68,8)	20 (80)
Educación (años, DE)	9,9 ± 4	10,2 ± 3,8
Estado civil		
Solteros	10 (16,3)	4 (16)
Casados	48 (78,6)	19 (76)
Separados/divorciados	1 (1,6)	1 (4)
Viudos	2 (3,2)	1 (4)
Clase social		
Alta	2 (1,6)	0
Media	42 (8,9)	18 (72)
Baja	17 (26,2)	7 (28)
Situación laboral		
Activos	29 (47,5)	15 (60)
Estudiantes	1 (1,6)	3 (12)
Cuidado de la casa	28 (45,9)	5 (20)
Desempleados	1 (1,6)	0
Jubilados	2 (3,2)	2 (8)

Resultados expresados en número de casos (tanto por ciento).

TABLA 2

### Situación clínica de los pacientes en la primera consulta en la unidad de psiquiatría (A) y después de 12 meses de tratamiento (B), en la muestra de los 61 pacientes con trastorno de pánico

	A	B	Test de Wilcoxon para variables ordinales (Z)
Número de crisis (en el último mes)	15,9 ± 19,4	0,5 ± 1,7	6,5 <sup>a</sup>
GAF	16,6 ± 6,6	3,1 ± 5,2	6,6 <sup>a</sup>
PASS	16,6 ± 6,6	3,1 ± 5,2	6,7 <sup>a</sup>
Escala de fobias de Marks y Matthews			
Total	30,1 ± 23,6	7,4 ± 15,6	6,4 <sup>a</sup>
Agorafobia	17 ± 15,2	3,7 ± 8,1	5,3 <sup>a</sup>
HAM-D	20 ± 7,5	3,5 ± 5,7	6,6 <sup>a</sup>
HAM-A	26,8 ± 7,1	5,3 ± 6,9	6,7 <sup>a</sup>
VAS-mejoría (No = 0/total = 10)			
Según el médico	-	7,5 ± 2,4	-
Según el paciente	-	7,6 ± 2,4	-

GAF: escala de funcionamiento general (Global Assessment Scale); PASS: escala de síntomas asociados al pánico (Panic Associated Symptom Scale); VAS: escala de análogo visual (Visual Analogue Scale); HAM-D: escala de depresión de Hamilton; HAM-A: escala de ansiedad de Hamilton, \*p < 0,001.

TABLA 3

### Estrategias de tratamiento combinada en la muestra de pacientes con trastorno de pánico (n = 61). Distribución de los pacientes tratados con cada opción

Ansiolítico	Antidepresivo					Total
	No	CMI	IMI	FNC	Otros	
Alprazolam	23 (37,7)	9 (14,7)	5 (8,2)	8 (13,1)	2 (3,2)	47 (80,3)
Otras benzodiazepinas	1 (1,6)	2 (3,2)	2 (3,2)	-	-	5 (8,2)
Ninguno <sup>a</sup>	2 (3,2)	5 (8,2)	-	-	2 (3,2)	9 (14,7)
Total	26 (42,6)	16 (26,2)	7 (11,4)	8 (13,1)	4 (6,5)	61 (100)

Resultados expresados como número de pacientes (tanto por ciento). CMI: clorimipramina; IMI: imipramina; FNC: fenelcina. <sup>a</sup>Tratamiento con terapia cognitivo-conductual.

TABLA 4

**Utilización de servicios sanitarios y diferencias en costes directos en la muestra de 61 pacientes durante el año previo (I) y el posterior (II) al diagnóstico de trastorno psiquiátrico (punto de referencia en el final de la primera consulta con la unidad)**

Tipo de servicio	Unidades			Precio unitario* (75 % de TO)	Diferencia en costes directos (I-II)	Intervalo de costes*	
	I	II	Diferencia (pesetas)			A	B
1. Visitas médicas							
No psiquiátricas	388	22	366	-	1.159.200	690.630	1.709.940
Médico general	136	4	132	2.700	356.400	213.120	524.160
Especialistas	177	11	166	3.300	547.800	326.260	808.280
Urgencias	75	7	68	3.750	255.000	151.250	377.500
Psiquiátricas	40	793	-753	3.900	-2.936.700	-1.968.200	-3.894.800
2. Hospitalización (días)	22	0	22	18.000	396.000	396.000	396.000
3. Laboratorio	328	188	NA	NA	468.000	250.090	750.460
4. Medicación	NS	NA	NA	NA	-897.839	-930.198	-865.480
5. Medicina alternativa	3	0	3	3	15.000	15.000	15.000
Total					-1.795.349	-1.546.678	-1.888.880

I: período de 12 meses anterior al punto de referencia; II: período de 12 meses posterior al punto de referencia; NA: no aplicable.

\* Precio unitario: 75% de la tarifa oficial (TO) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) para visitas médicas y pruebas de laboratorio.

° Incluye análisis de sensibilidad. A: 50% de la tarifa del COMB para 1 y 3; 90% de las unidades referidas durante el período 1 para 1, 3 y 4. B: 100% de la tarifa oficial del COMB para 1 y 3; 110%

de las unidades referidas durante el período 1 para 1, 3 y 4.

miento. Como ejemplo, durante el período I se hicieron seis tomografías computarizadas (TC), 31 EEG, 10 pruebas de audiometría completa y una broncoscopia, mientras que durante el período II sólo se hizo una tomografía computarizada y ningún EEG, audometrías ni bronoscopías.

El coste de la medicación durante el período II fue de 897.839 pesetas (865.480-930.198) más que en el período I. Como en el caso de las visitas médicas, el tipo de medicación varió del período I al II, en favor de fármacos psicótropos eficaces en los TP (triazolobenzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa). La medicación durante el período I comprendió una gran variedad de fármacos, que incluyó toda una gama de psicótropos, pero también analgésicos, vitaminas, antieméticos, antivertiginosos y otros agentes no eficaces para el TP.

Los pacientes refirieron tres visitas a otros profesionales de la salud. La comunicación por parte de los pacientes de las visitas a otros agentes paramédicos se consideró muy poco fiable.

*Costes indirectos.* La población activa (29 pacientes) comunicó una pérdida de 31

días de trabajo esporádicos durante el período I y 28 en el período II (tabla 5). Las bajas registradas fueron de 1.050 y 190 días, respectivamente. Esas cifras suponen una diferencia de 5.434.991 pesetas en la productividad perdida entre los períodos I y II. Considerando una reducción del 55%, como estimación aproximada de acuerdo con el método de fricción, los costes indirectos de esta muestra de pacientes con trastornos del pánico serían de casi 3 millones de pesetas (2.989.245) mayores en el período I que en el II. Además, un paciente perdió su empleo durante el período I, aunque su caso no se incluyó en el análisis de costes. Otro paciente comunicó una disminución sustancial de las ganancias durante el mismo período.

*Relación coste/efectividad.* Los costes directos incrementales del tratamiento de los trastornos de pánico en la muestra de 61 pacientes fueron de 1.795.349 pesetas (1.546.678-1.888.880) mayores en el período II que en el período I. Si se consideran los 41 casos de remisión, se obtiene un resultado de 43.789 pesetas (37.724-46.070) por caso remitido. Si, por el contrario, se considera la perspectiva de la sociedad, los resultados que se hubiesen

obtenido serían de un ahorro de 88.772 pesetas por caso remitido, según el método del capital humano, o de 29.119 pesetas según el método de fricción.

**Discusión**

Entre las técnicas de evaluación económica aplicadas al campo de la salud, una de las más utilizadas es el análisis de costeefectividad, en el que los resultados de la intervención clínica se miden en unidades naturales relacionadas con la salud, principalmente años de vida ganados gracias al tratamiento o, en su defecto, unidades intermedias como número de casos remitidos; el resultado final se expresa en coste por año de vida ganado o coste por caso remitido<sup>18</sup>. Las repercusiones económicas de la enfermedad (y de su tratamiento) también pueden evaluarse mediante los estudios de costes de una enfermedad, en los que se mide el impacto total de la enfermedad sobre el sistema sanitario o sobre la sociedad en su conjunto si, además de los costes directos, se incluyen los costes derivados de la pérdida de productividad debida a la enfermedad y a la mortalidad prematuras. Este tipo de estudio macroeconómico ya se ha utilizado en Salud Mental<sup>19,20</sup>. Sin embargo, estos estudios no incluyen los costes relacionados con la utilización de servicios sanitarios anterior al diagnóstico formal. Ello puede ser especialmente relevante en los trastornos psiquiátricos, en los que la evolución media de la enfermedad antes del diagnóstico va desde los 2 años señalados para la esquizofrenia<sup>21</sup> a los 8 a 10 años ya descritos para el trastorno de pánico. El estudio de compensación de costes puede reflejar el impacto de la ausencia de diagnóstico y el diagnóstico erróneo en la utilización de servicios sanitarios ineficaces, y es particularmente importante en el trastorno de pánico, como

TABLA 5

**Productividad perdida y costes indirectos en los 29 pacientes trabajadores con trastorno de pánico durante el año antes (I) y el año después (II) de la primera consulta psiquiátrica en la unidad**

	I (días)	II (días)	I-II (meses) <sup>a</sup>	Salario (ptas.)	Costes indirectos (diferencia I-II)	Método de fricción (estimación) <sup>b</sup>
Trabajo perdido (días)	31	28	0,15	1.888.584	28.288	
Baja laboral (días)	1.050	190	28,67	1.888.584	5.406.703	
Empleo perdido) (n.º de pacientes)	1					
Total					5.434.991	2.989.245

<sup>a</sup> Para la conversión en meses, los días de trabajo perdidos se han dividido por 20 y los de baja laboral, por 30. El empleo perdido no ha sido incluido en el cálculo. <sup>b</sup> Para el cálculo de esta estimación véase el texto.

hace suponer la larga evolución del trastorno antes del diagnóstico psiquiátrico formal.

Este es el primer estudio que analiza específicamente el efecto de compensación producido tras el tratamiento de los trastornos de pánico en un medio natural, según se desprende de la ausencia de publicaciones previas sobre el tema. Dada la relativa novedad de la metodología empleada para el estudio, conviene hacer algunos comentarios sobre la posible existencia de sesgos en su diseño.

La magnitud del efecto de compensación puede estar influida por múltiples factores, como el tipo de centro asistencial, metodología del estudio (existencia e idoneidad de grupos control, intervalos de tiempo antes y después de la iniciación del tratamiento de salud mental especializado), naturaleza y gravedad del diagnóstico psiquiátrico, comorbilidad, edad y sexo del paciente, tipo e intensidad del tratamiento de salud mental e, incluso, tipo de seguro médico<sup>22</sup>. Ello hace muy difícil el establecimiento de comparaciones entre los diversos estudios.

Por otra parte, el principal inconveniente cuando se asignan valores monetarios a los servicios sanitarios en España es la falta casi general de datos fiables sobre sus costes. Aunque en el sector privado se conocen los costes de producción, su carácter confidencial impide utilizarlos. Aun conociéndolos, las grandes variaciones de unos centros asistenciales a otros, de acuerdo con el tipo y el volumen de asistencia, podrían limitar la validez de los resultados únicamente a este estudio. Así pues, resultaría cuestionable extrapolar los resultados a una población diferente. Por tanto, en el presente estudio se han utilizado cargos en lugar de costes. Su justificación se basa en: 1) el objetivo del estudio es comparar la utilización de servicios sanitarios y sus costes asociados, más que cuantificarlos en términos absolutos; 2) se asume que la relación entre costes y cargos durante los períodos I y II ha sido constante; 3) desde la perspectiva del financiador, los cargos son tan relevantes o más que los costes de producción, y 4) por último, los cargos correspondientes a los servicios usados con más frecuencia han sido sometidos a un análisis de sensibilidad. En todo caso, la elección del nivel de la tarifa oficial del Colegio de Médicos de Barcelona, en el 75% en lugar del 50%, que es la utilizada por la mutua La Alianza, sobrevaloraría los costes del tratamiento psiquiátrico, al haber un mayor número de consultas totales en el período II y ser éstas de mayor precio unitario.

La recogida de datos retrospectivos, obtenidos de los mismos pacientes, para el período I puede dar lugar a imprecisión. A pesar de todo, se eligió esta fuente por las razones siguientes: 1) en España se observa con frecuencia un patrón mixto de utilización de servicios (por ejemplo, un mis-

mo paciente puede utilizar simultáneamente servicios mutuales, la seguridad social e incluso un médico particular), de forma que un análisis de los costes de utilización de la mutua exclusivamente podría ser poco representativo de los gastos totales causados por la enfermedad; 2) sólo el paciente puede proporcionar información sobre la utilización de servicios paramédicos, y 3) había varias historias clínicas por paciente en el hospital, de forma que hubiese resultado muy laborioso recoger la información de las diferentes historias clínicas de los distintos servicios. En cualquier caso, el hecho de no recordar la utilización de servicios durante el período I podría subestimar el efecto de compensación, más que sobrestimarlo.

El análisis de costes en los meses que rodean la realización del diagnóstico es conflictivo, debido al efecto de pico en los costes, tanto directos como indirectos, observado en las semanas previas y siguientes a la primera consulta<sup>9</sup>. A fin de prevenir una sobrestimación del efecto de compensación, el punto de referencia para la evaluación de los costes se estableció en la primera visita a la unidad, y no en el diagnóstico de TP o en el primer evento de tratamiento, de forma que los gastos diagnósticos se contabilizaran en el período II. Sin embargo, el punto de referencia general del estudio es el diagnóstico formal del trastorno y no el contacto psiquiátrico, al existir casos de diagnóstico erróneo y tratamiento inadecuado también por parte de psiquiatras, que de otro modo hubieran sido considerados de forma inadecuada.

Un período pretratamiento de 12 meses es corto, de forma que el efecto de regresión hacia la media después del mes de referencia podría afectar a los resultados encontrados en este estudio. Además, el alto porcentaje de recidivas del TP puede inducir una disminución sustancial del efecto de compensación, al considerar períodos más largos. Un diseño antes-después de 3 años quizás fuese más adecuada para eliminar ese sesgo. Sin embargo, la recogida de datos retrospectivos anteriores a 12 meses es muy poco fiable y, por tanto, fue desechada en este estudio. La importancia real de omitir un grupo de comparación está abierta a debate<sup>10</sup>.

Igualmente, hubiera sido aconsejable utilizar un enfoque de intención de tratar, suponiendo que los casos perdidos también hayan utilizado servicios sanitarios e incurrido en gastos, pero, dado que el grado de esta utilización se desconoce, no ha sido posible incluirlos en el análisis. Las características sociodemográficas de esta muestra son comparables a las descritas en otros estudios de seguimiento<sup>23,24</sup>. Lo mismo sucede con el tanto por ciento y la gravedad de la restricción por evitación<sup>24</sup> y con la comorbilidad asociada al TP<sup>25,26</sup>. La duración media del trastorno desde la aparición de la primera crisis hasta la consulta psiquiátrica en la unidad (10,2 años)

fue algo mayor que en otros estudios (8,2-9,5 años)<sup>24,27</sup>, lo que puede atribuirse a la inclusión de un caso con una historia previa de TP muy prolongada y a la reciente apertura de la unidad en el centro de referencia. Tras el tratamiento, los pacientes experimentaron un rango de recuperación comparable al observado en otros estudios<sup>23,24,26,28</sup>. Así pues, la muestra estudiada en este medio ambiente natural constituyó un grupo estándar de pacientes con TP y la estrategia terapéutica proporcionó resultados adecuados. Al finalizar el período II se evidenció una disminución del número de crisis de pánico y del número de síntomas relacionados con los TP. También mejoró la autonomía, el funcionamiento general y la percepción subjetiva de malestar. Ello refleja el impacto positivo que la intervención psiquiátrica ha tenido sobre la calidad de vida de los pacientes.

En este estudio se encontró un efecto de compensación muy elevado (94%). Esta cifra es significativamente mayor que la descrita para trastornos psiquiátricos generales<sup>9,10</sup>. Este hecho puede deberse a los floridos síntomas físicos de los TP, al comportamiento de búsqueda de ayuda sanitaria exhibido por esos pacientes y a la falta de conocimiento adecuado sobre su condición entre los médicos de nuestro medio ambiente. Este último factor podría tener una especial importancia en este estudio, ya que los datos se recogieron en una nueva unidad psiquiátrica. Por ello, se ha ofrecido un programa de formación sobre los TP a los facultativos del hospital durante el año siguiente al estudio.

Una conclusión muy notable del estudio es el cambio en el patrón de utilización de servicios sanitarios por los pacientes de esta muestra, al serles aplicado un tratamiento efectivo para su condición de TP. Tanto en el capítulo de consultas médicas como en el de pruebas diagnósticas o medicación se produce un cambio drástico en el patrón de utilización y no es necesaria, en gran medida, la utilización de servicios sanitarios no psiquiátricos durante el segundo período.

La ausencia de datos de coste/efectividad del tratamiento del pánico en otros países o instituciones, o del tratamiento de otras enfermedades mentales en nuestro entorno, podría dificultar la valoración del resultado obtenido, de casi 44.000 pesetas por caso remitido. No obstante, dada la alta prevalencia de los trastornos de pánico (estimada entre el 3 y el 4,2% de la población española), la gravedad de su discapacidad asociada y sus tremendas repercusiones sobre la calidad de vida de los pacientes permiten considerar que el tratamiento aplicado a esta muestra de pacientes tiene un perfil coste/beneficio netamente favorable.

Adicionalmente, si se considera la perspectiva global del país, la interpretación

de los resultados obtenidos (ahorro de 29.119 o de 88.772 pesetas por caso remitido) es obvia: resulta no sólo más eficiente sino además más económico tratar que no tratar.

Por último, en el planteamiento del estudio, se han tenido en cuenta las limitaciones metodológicas que actualmente tiene la evaluación económica, por lo que se ha optado por un enfoque conservador, tanto a la hora de incluir costes difíciles de documentar (aunque potencialmente pudieran ser altos), como a la hora de asignar precios.

Sin un tratamiento adecuado los pacientes con TP realizan una elevada utilización de servicios no psiquiátricos en gran parte ineficaces. El suministro de tratamiento psiquiátrico apropiado causa un aumento de los gastos debidos a visitas psiquiátricas y medicación, pero reduce los costes globales cuando se tiene en cuenta el absentismo. Ese factor debe sumarse al primordial: la mejoría de la situación clínica y la calidad de vida de los pacientes. Un mejor conocimiento de los TP podría reducir la utilización de servicios no psiquiátricos y sus costes asociados antes del primer encuentro psiquiátrico. La provisión de una formación básica en TP a los médicos generales puede ser un factor esencial para reducir los costes originados por esta enfermedad.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Gago Rius J. Estudio de prevalencia y asociación de laxitud articular y trastornos ansioso-fóbicos

en el medio rural [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma, 1992.  
 2. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 984-992.  
 3. Ayuso JL. Trastornos por angustia. En: Ayuso JL, Salvador L, editores. Manual de Psiquiatría. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill, 1992; 163-178.  
 4. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, Greenwald MA. Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. JAMA 1991; 265: 742-746.  
 5. Siegel L, Jones WC, Wilson JO. Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. J Anxiety Dis 1990; 4:201-211.  
 6. Weissman MM. Panic disorder: impact on quality of life. J Clin Psychiatry 1991; 52 Supl 2: 6-8.  
 7. Edlund MJ, Swann AC. The economic and social cost of panic disorders. Hosp Commun Psychiatry 1987; 38: 1.277-1.280.  
 8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.º edición (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1993.  
 9. Borus JF, Olendzki MC, Kessler L, Burns BJ. The «Offset effect», of mental health treatment on ambulatory medical care. Utilization and charges. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 573-580.  
 10. Hankin JR, Kessler LG, Goldberg ID, Steinwachs DM, Starfield BH. A longitudinal study of offset in the use of nonpsychiatric services following specialized mental health care. Med Care 1983; 21: 1.099-1.110.  
 11. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, Patrick C, Cuerdon T. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. Am J Psychiatry 1984; 141: 1.145-1.158.  
 12. Holder HD, Blose JO. Changes in health care costs and utilization associated with mental health treatment. Hosp Commun Psychiatry 1987; 38: 1.070-1.075.  
 13. Holder HD, Blose JO. Mental health treatment and the reduction of health care costs: a four-year study of US Federal Employees enrollment with the Aetna Life Insurance Company. Adv Health Econom Health Serv Res 1987; 8: 157-174.  
 14. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical

inpatients. Am J Psychiatry 1992; 149: 631-637.  
 15. Rice DP, Hodgson TA, Kopstein AN. The economic costs of illness: a replication and update. Health Care Financing Rev 1985; 7(1): 61-80.  
 16. Drummond MF. Cost-of-illness studies. A major headache? [editorial]. Pharmacoeconomics 1992;2: 1-4.  
 17. Koopmanschap MA, Van Ineveld BM. Towards a new approach for estimating indirect costs of the disease. Soc Sci Med 1992; 34: 1.005-1.010.  
 18. Drummond MF, Stoddard GL, Torrance GW. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1991.  
 19. Rice DP, Kelman S, Miller LS. The economic burden of mental illness. Hosp Commun Psychiatry 1992; 43: 1.227-1.232.  
 20. McGuire TG. Research on Economics and Mental Health: the past and future prospects. En: Frank RG, Manning WG, editores. Economics and Mental Health. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992; 1-14.  
 21. Moscarelli MS, Capri S, Neri L. Cost evaluation of chronic schizophrenic patients during the first three years after the first contact. Schizophrenia Bull 1991; 17(3): 421-426.  
 22. Manning WG, Frank RG. Econometric Issues in the Demand for Mental Health care under Insurance. En: Frank RG, Manning WG, editores. Economics and Mental Health. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992; 197-217.  
 23. Keller MB, Baker LA. The clinical course of panic disorder and depression. J Clin Psychiatry 1992; 53 Supl 3: 5-8.  
 24. Noyes R Jr, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. Outcome in panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 809-818.  
 25. Breier A, Charney DS, Heninger GR. Agoraphobia with panic attacks. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 1.209-1.236.  
 26. Klerman GL. Treatments for panic disorder. J Clin Psychiatry 1992; 43 Supl 3: 14-19.  
 27. Lepine JP, Chignon JM, Teherani MS. Suicide attempts in patients with panic disorders. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 144-149.  
 28. Mavissakalian M, Perel JM. Clinical experiments in maintenance and discontinuation of imipramine therapy in panic disorder with agoraphobia. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 318-323.