


La única víscera sensible que tienen es el bolsillo

The only sensitive viscera they have is their wallet

Nannini, Luis J¹⁻³, 

En enero de 1946, el entonces candidato a presidente J. D. Perón popularizó una frase en un discurso de campaña en el norte paupérrimo de la provincia de Santa Fe: “Somos enemigos de los egoístas, capaces de ser indiferentes a la miseria sin que se les conduela el corazón, porque la única víscera sensible que tienen es el bolsillo”. En política, parecería que siempre la culpa es del otro. Se preguntarán qué tiene que ver esta introducción con el trabajo de mis colegas. No hace falta suspicacia para discernir que los autores utilizarán sus hallazgos para motivar cambios en políticas de salud. La retórica frase de Perón no sería aplicable al anestesiado bolsillo del erario público. Las erogaciones en salud son concebidas como gastos, pero la intención de los autores sería generar asombro en las autoridades para que cambien conductas. Si se concretan estos cambios de conductas, el gasto en salud seguiría estando en la columna del haber, pero tendrían como resultado mejoras de tasas de morbilidad y mortalidad, aplicando los avances científicos.

El Servicio de Neumonología del Hospital Ramos Mejía de la ciudad de Buenos Aires se destaca por sus publicaciones sobre temas álgidos de nuestra especialidad en las últimas décadas. Uno de esos temas son los costos generados por hospitalizaciones de enfermedades respiratorias como asma¹ y EPOC.²

Durante el año 2018, tuvieron 26 hospitalizaciones por reagudización de EPOC.³ Calcularon el costo directo desde la perspectiva del financiador en 1462 dólares por paciente; el costo del paciente que

se hospitaliza en UTI es casi siete veces superior. Afortunadamente, solo 3 pacientes requirieron de cuidados intensivos. Un simple cálculo lleva la cifra para Argentina a la abrumadora suma de 43 millones de dólares anuales por hospitalizaciones de EPOC al haber unas 30 mil internaciones anuales en el país por EPOC.⁴ Si el 11% de ingreso a cuidados intensivos se aplica a nivel nacional serían 33 millones de dólares más por las internaciones en cuidados intensivos.

¿Es posible bajar las tasas de mortalidad y las tasas de hospitalizaciones por EPOC en Argentina?

Cesación tabáquica primero con disponibilidad de recursos para actuar.

Otro punto destacado es que la mitad solo recibían SABA como tratamiento, cuando hay evidencias científicas sobre la reducción significativa en morbilidad y mortalidad con terapéuticas actuales.⁵

Teniendo en cuenta el perfil de los pacientes descriptos en este estudio, seguramente reunían los criterios de triple terapia con LABA + LAMA + ICS correspondientes al grupo D acordes con el año de hospitalización (2018) y que serían grupo E de la actualización GOLD 2023.⁶ Con un dólar a \$300 el costo que demandó la internación (1462 × 300/12 meses = \$36550) hubiese cubierto holgadamente el mejor tratamiento farmacológico disponible por mes. Otra forma de sensibilizar el bolsillo público. Un LAMA más combinación de ICS/LABA estaría en unos 30 mil pesos mensuales y la triple en solo inhalador, algo menos. En el análisis de costos, no se contemplaron los costos

¹ Neumólogo, Hospital E Perón de Granadero Baigorria.

² Universidad Nacional de Rosario.

³ Miembro de la Colaboración Cochrane.

indirectos, tales como ausentismo, alteración del entorno familiar y rehabilitación. Puede objetarse que no sabemos el número necesario que tratar para evitar una exacerbación; pero en una inteligente editorial, David Halpin y Fernando J. Martínez⁵ evaluaron el impacto positivo de los últimos ensayos clínicos. La triple terapia correctamente indicada en pacientes con 2 o más exacerbaciones en los últimos 12 meses, o una hospitalización, o eosinofilia mayor de 150/dL logró reducir la mortalidad significativamente. Halpin y Martínez afirman que la relevancia de la reducción absoluta de mortalidad es similar o mejor que los datos de estudios cardiovasculares.⁵ En estos estudios cardiológicos, los beneficios poblacionales son claros, aunque muy modestos a nivel individual. De todas formas, han contribuido a la reducción global de mortalidad cardiovascular.⁵ Pasará lo mismo con EPOC. Aunque no corresponde, va mi admiración para el Dr. Fernando J. Martínez, quien habla tan bien el castellano (nació en Cuba e ingresó a los Estados Unidos con 8 años) como el inglés y es el único neumonólogo que participa en las recomendaciones GOLD y de fibrosis pulmonar.

Tanto la cesación tabáquica, oxigenoterapia domiciliar y la rehabilitación como la disponibilidad de VNI y altos flujos en cuidados intensivos son herramientas legitimadas con la máxima calidad de evidencia científica. También, los fármacos para EPOC alcanzaron un alto nivel de eficacia, que han llegado a modificar la historia natural de la enfermedad, lo que reduce la mortalidad.⁵ ¿Por qué la población hospitalaria argentina se ve privada de recursos y fármacos que la ciencia ha establecido como altamente eficaces y beneficiosos? Vale aclarar que el bolsillo de la población argentina es raquítico y muy sensible. Por esto, la provisión gratuita de los tratamientos desempeña una función determinante en cualquier programa.⁷ Me hago eco de la frase de los autores, “Se deben instrumentar programas sistematizados de manejo de la EPOC para identificar pacientes con factores de riesgo, educar y permitir acceso a la medicación”. Puede ocurrir que nos critiquen por pretender disponer de los mejores fármacos originales para nuestros pacientes y ese pudor de los críticos es la peluca de su calvicie moral. Frase del Dr. José Ingenieros, discípulo del Dr. José María Ramos Mejía.⁸

En el año 1999, tuvieron 33 hospitalizaciones por reagudización de EPOC y en 2018 hubo 26. En tanto

las ventas de fármacos para enfermedades obstructivas cambiaron rotundamente. En el año 2000, el cociente de ventas SABAs/ICS+ICS/LABA era de 4,29 y en 2018, 0,91 por un significativo aumento de ventas de ICS/LABA.⁹ Estos datos que podrían interpretarse como una mejor prescripción y ventas no estarían llegando a la población más vulnerable (50% de los internados solo tratados con SABA).

De acuerdo a los criterios que podrían considerarse para identificar tecnologías a las que debería darse una alta prioridad de evaluación; la triple terapia para EPOC los cumple a todos.¹⁰ La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Argentina (CONETEC) ha definido las dimensiones/criterios que incluye en su marco de valor para la evaluación de nuevas tecnologías (CONETEC 2019): calidad de evidencia, magnitud del beneficio clínico, impacto económico (impacto presupuestario y costo-efectividad), impacto en la equidad, e impacto en la salud pública, pero es criticado por incompleto y superpuesto.¹⁰ Este tema supera holgadamente las limitaciones de esta nota editorial y las de su autor.

Judith García Aymerich publicó un análisis de dos grandes estudios cardiológicos. Encontró una mortalidad a 5 años de 50% si habían sido hospitalizados por exacerbaciones de EPOC al menos una vez.¹¹ Pascansky y colegas mostraron un 23% de mortalidad intrahospitalaria. De los 20 pacientes que sobrevivieron, de no mediar cambios, a 5 años sobrevivirán 10 pacientes. Sin aplicar las nuevas estrategias, la EPOC tiene una expectativa de vida peor que muchas enfermedades oncológicas. Quizá este dato también pueda sensibilizar el anestesiado y desquiciado bolsillo que es el erario público.

Conflicto de intereses

El autor declara que es investigador para Novartis y disertante para AstraZeneca. No tiene conflicto de intereses relacionados al editorial ni al artículo comentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sívori M, Pascansky D. Costos directos en asma aguda hospitalizada en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Am Med Resp* 2020;20:132-40
2. Saézn C, Sívori M, Blaho E, Sanfeliz N. Costos en la EPOC: Experiencia en el Hospital Dr.J.M.Ramos Mejía y revisión de la literatura. *Rev Am Med Respir* 2001;21:45-51.
3. Pascansky D, Sívori M, Capelli L. EPOC reagudizada hospitalizada: estudio de costos directos en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Am Med Resp* 2022;22:299-308

4. Bossio JC, Arias S. Actualización de datos epidemiológicos sobre la EPOC. Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Emilio Coni”. 2020. (información personal).
5. Halpin DMG, Martinez FJ. Pharmacotherapy and Mortality in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2022;206:1201-7. <https://doi.org/10.1164/rccm.202205-1000PP>
6. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2023 report) <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
7. Nannini LJ, Brandan N, Fernandez OM. Achieving Zero Asthma-Related Hospitalisations in the World’s First SABA-Free Asthma Centre in Argentina. *J Asthma*. 2022. <https://doi.org/10.1080/02770903.2022.2137036>
8. Ingenieros José. El hombre mediocre. Libro Bureau Editor SA. 2004.
9. Nannini LJ. Ventas de medicamentos para enfermedades pulmonares obstructivas y mortalidad por asma en Argentina en los últimos 40 años. *Rev Am Med Resp* 2021; 21: 283-9.
10. Pichon-Riviere A, Drummond M, García Martí S, Augustovski F. Aplicación de la evidencia económica en la evaluación de tecnologías sanitarias y la toma de decisiones sobre asignación de recursos sanitarios en América Latina: siete temas clave y una propuesta preliminar de implementación. Banco Interamericano de Desarrollo. Nota técnica del BID; 2286. <https://doi.org/10.18235/0003649>
11. Garcia-Aymerich J, Serra Pons I, Mannino DM, et al. Lung function impairment, COPD hospitalisations and subsequent mortality. *Thorax* 2011;66:585-90. <https://doi.org/10.1136/thx.2010.152876>