

## Fibromialgia/SSC, costes y propuestas

En el año 2017 se está desarrollando a nivel nacional en España un estudio sobre los costes que genera la Fibromialgia (FM), se cree que superarán los datos anteriores.

En 2009 el gasto sociosanitario por enfermo de FM asciende a 11.000,-€ por paciente/año, 33% gastos directos (médicos, fármacos, etc.) y 66% gastos indirectos (incapacidades laborales, minusvalías, bajas temporales) [1].

Promedio de coste unitario/paciente/año en AP -Atención Primaria-. Coste directo medio/anual corregido por edad, sexo y comorbilidades en el grupo de referencia = 555,58 euros y **908,67 euros en Fibromialgia** [2]. **Casi el doble en FM.**

En AP del coste total de la atención a los pacientes de FM el 22,1% correspondió a gastos fijos y semifijos. El 77,9% a costes variables:

**Distribución porcentual en AP [2]**

Tipo de coste/gasto	% Total gastos en Fibromialgia en AP
Fijo/semifijo (*)	22,1
Laboratorio	1,8
Radiología	0,9
Pruebas complementarias	0,2
Derivaciones a especialistas, hospitales o urgencias (interconsultas)	13,2
Gasto Farmacéutico (PVP)	61,8

\* Nota: se consideran costes fijos/semifijos (estructura) los relativos a personal (sueldos y salarios), bienes de consumo y un conjunto de gastos pertenecientes a los servicios externos de acuerdo al Plan General Contable para los Centros de Atención Sanitaria (teniendo en cuenta la reiteración de visitas).

En Atención Primaria, en el grupo poblacional el promedio de episodios atendidos/año = 4,6

En FM el promedio de episodios atendidos/año en AP = **8,3 Casi el doble en FM**

En el grupo poblacional el promedio de visitas realizadas/año = 7,4

En FM el promedio de visitas realizadas/año en AP = **12,9 Casi el doble en FM**

En FM habría que intentar evitar la demora en el diagnóstico (interconsultas 13,2%) para los pacientes, que a la vez es costoso e ineficiente para el sistema sanitario (medicamentos 61,8%). Algunas revisiones internacionales han descrito mayor consumo de fármacos y servicios sanitarios e incluso mayor número de intervenciones quirúrgicas que en los pacientes con otras enfermedades reumáticas. En esos países los costes directos sanitarios son aproximadamente el doble que los ocasionados por los pacientes con otras enfermedades, y los costes indirectos, originados por el absentismo laboral y las pensiones por discapacidad, suponen el doble que en la población general de trabajadores. El gasto total anual de un paciente de FM se cifra en 7.813,- euros, más del doble del gasto ocasionado por un paciente con espondilitis anquilosante. Aquí sólo están los costes de AP -Atención Primaria- y no están contabilizados los costes de hospitalización, los de otros ámbitos asistenciales, los indirectos debidos a absentismo laboral y/o discapacidad. Los costes en FM son el doble que los del grupo poblacional. No se han considerados tampoco algunos costes indirectos, asociados a la calidad de vida del paciente y directos, relacionados con los pacientes en régimen de internamiento, ni tampoco las repercusiones socioeconómicas de los cuidadores [2].

La **prevalencia** de la FM difiere según la población estudiada y oscila entre 0,7% y el 20%. En España, se sitúa en un 2,1-5,7% de la población general adulta, ocupa un 10-20% de las consultas reumatológicas y un 5-8% de las consultas de atención primaria, con lo que es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico [3] [4].

En diferentes países ya se han adaptado los entornos sanitarios a las circunstancias y necesidades específicas que requieren las patologías denominadas SSC (**Síndromes de Sensibilización Central**); Fibromialgia (FM), Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) o Encefalomielitis Miálgica (EM),

Sensibilidad Química Múltiple (SQM) y Electrohipersensibilidad (EHS). En España no se ha dado ningún paso, hasta hoy, para que los enfermos que utilizan el sistema sanitario sean atendidos con todas las garantías sanitarias, vulnerándose los principios de accesibilidad y equidad, así como el derecho a respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada.

El caso de los enfermos de SQM requiere tomar decisiones urgentes. Según la prevalencia del Ministerio de Sanidad [5], entre 0,2% y 4% de la población padecería SQM. Según el IACS [6] éstas cifras se incrementan hasta el 19% cuando se estudian personas con diagnóstico de alergias. La población Española (INE 2016) asciende a 46.438.422 personas. Con la prevalencia promedio entre los dos extremos (2,1%) podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que existen 975.207 personas afectadas de SQM. Y estos enfermos no pueden acudir ni utilizar los recursos del sistema sanitario porque en España no se aplican las directrices y/o protocolos para enfermos de SQM y EHS, que son una realidad social a nivel mundial. Si a esto añadimos que la incidencia es ocho veces mayor en mujeres que en hombres, incluimos en la ecuación una desigualdad de género sociosanitaria abrumadora.

Las Asociaciones de FM/SSC reciben una demanda exponencial de consultas de enfermos y cada año sigue aumentando. Algunos estiman que estas patologías SSC son ya el 12% de la población, lo que nos daría unos datos alarmantes para España (5.572.611 afectados). El hecho de ser patologías emergentes requiere tomar medidas innovadoras que producirán una mejora inmediata en los usuarios sanitarios y una disminución en los costes directos e indirectos así como en las solicitudes de Incapacidades y Minusvalías actuales.

## Propuestas para reducir los costes actuales:

1º Igualar el diagnóstico a nivel nacional. Si los médicos utilizan la misma valoración funcional en FM y SFC (ver pág. 3), disminuye el gasto indirecto. No es lo mismo una FM grado I, que una FM grado III. Una enferma en grado I no debe llegar a solicitar Minusvalía o Incapacidad Laboral. Unificar criterios, ya consensuados, reduciría los gastos indirectos en FM que ascienden al 66% del total (7.326,-€ por paciente/año), con datos de la SER 2009.

2º La demora en el diagnóstico aumenta los costes sanitarios en especialidades y el tener unidades específicas para enfermos FM/SSC reduciría notablemente el coste directo e indirecto. La enferma de FM consume el 61,8 % en gasto farmacéutico en AP (Atención Primaria) y es hiperfrecuentadora, tanto con el médico de familia como con especialistas. El coste del especialista es ocho veces superior al médico de familia y en el caso de los SSC se aumentan las consultas a diversos especialistas, sobre todo si no hay diagnóstico (mayoría de los casos).

3º Teniendo en cuenta el deterioro cognitivo asociado a la FM/SSC, la información escrita mejora la sintomatología y la enferma aprende a vivir con una patología crónica y permite que tome la iniciativa en su recuperación. Las enfermas con diagnóstico que forman parte de las Asociaciones consumen menos recursos sanitarios que las no diagnosticadas.

4º La hipermediación es mayoritariamente ineficaz en los casos de FM/SSC. El reducir un 50% del gasto farmacéutico permite no sólo ahorro de costes, sino mejoras en la sintomatología de la enferma. Una lista de productos habituales a evitar mejora más en FM/SSC que los propios fármacos, según la experiencia de las Asociaciones.

[1] SER - Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. 2009.

[2] Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. Febrero 2009, Vol. 41 (2):77-84. Elsevier. A. Sicras-Mainar, M. Blanca-Tamayo, R. Navarro-Artieda, J. Rejas-Gutiérrez.

[3] The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation-wide study. Ann Rheum Dis, Volume 60, 2001, pp. 1040-1045 (375) L. Carmona, F.J. Ballina, R. Gabriel, A. Laffon, EPISER Study Group.

[4] Fundación Grünenthal, Sociedad Española de Reumatología Estudio EPIDOR: estudio epidemiológico del dolor en España. 2003, Edipharma, Madrid.

[5] Documento de Consenso Sensibilidad Química Múltiple. 2011. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.

[6] Actualización de la Evidencia Científica sobre Sensibilidad Química Múltiple (SQM). 2015. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

# Valoración Funcional FM y SFC

## Fibromialgia (FM)

Escala Documento Consenso Cataluña: DCC-Año 2002		
<b>GRADO I</b>	Afectación Vital <b>LEVE</b>	Escalas de valoración clínica con puntuaciones inferiores al 50% y sin interferencia con la función o el trabajo.
<b>GRADO II</b>	Afectación Vital <b>MODERADA</b>	Escalas de valoración clínica entre un 50% y 75% e interferencia con la función o el trabajo (pérdidas parciales de actividad).
<b>GRADO III</b>	Afectación Vital <b>GRAVE</b>	Escalas de valoración clínica superiores al 75% y marcada interferencia con la función o el trabajo (imposibilidad para realizar el trabajo o situación de baja laboral por la enfermedad).

## Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)

Escala CLINIC-Año 2003	
<b>GRADO I</b>	El enfermo presenta fatiga ocasional u oscilante, sin limitación significativa (< 50%) en la actividad laboral y en las Actividades de la Vida Cotidiana = AVQ. El entorno no nota fácilmente la sintomatología.
<b>GRADO II</b>	Presencia de fatiga persistente, oscilante pero sin mejora, con marcada repercusión (> 50%) en la actividad laboral y también en las AVQ. Supone una interferencia importante y más constante en la situación vital del enfermo. Bajas laborales episódicas y es fácilmente detectada por el entorno del enfermo.
<b>GRADO III</b>	Fatiga marcada que no permite ni ocasionalmente hacer ningún tipo de actividad laboral y que limita en más de un 80% la autonomía y las AVQ. Invalida al enfermo para cualquier actividad mínimamente continuada. Sólo puede hacer actividades de mínima intensidad y transitoriamente.
<b>GRADO IV</b>	Fatiga extrema que precisa la ayuda de otras personas para las actividades personales básicas y que imposibilita la autonomía y las AVQ.