

— Jornada —

Evaluación de la eficiencia
de medicamentos desde
la perspectiva social



Consideración de los
costes
no sanitarios en los
estudios de evaluación

Juan Oliva
UCLM

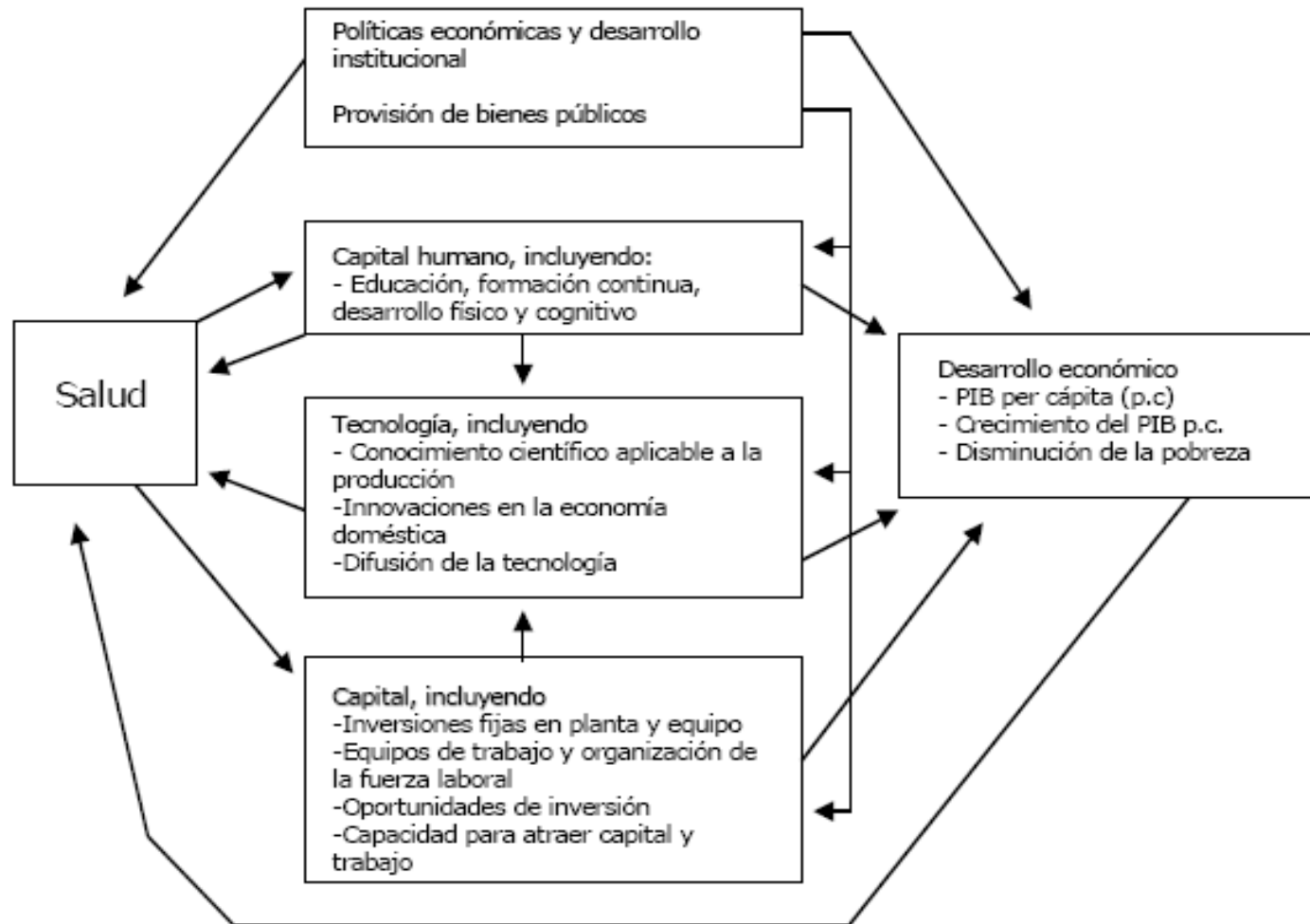


Universidad
Carlos III de Madrid
www.uc3m.es

Contexto

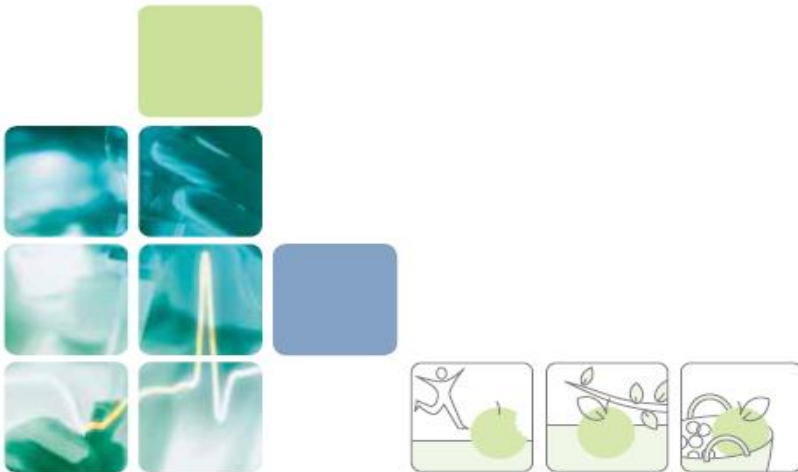
- El importante volumen de recursos invertidos en la atención sanitaria por parte de los países de nuestro entorno y el nuestro propio es sin duda reflejo del grado de prioridad que concedemos como sociedad a la protección de la salud.
- Sin embargo, más allá del gasto sanitario y los indicadores que directamente nos refieren al impacto sobre el bienestar que ocasionan los problemas de salud (mortalidad, morbilidad, discapacidad, pérdidas en la calidad de vida de pacientes y familiares), es posible identificar otros conceptos que ayudan a una mayor comprensión de su impacto social desde una perspectiva económica.

Figura 1. La salud como input en el desarrollo económico





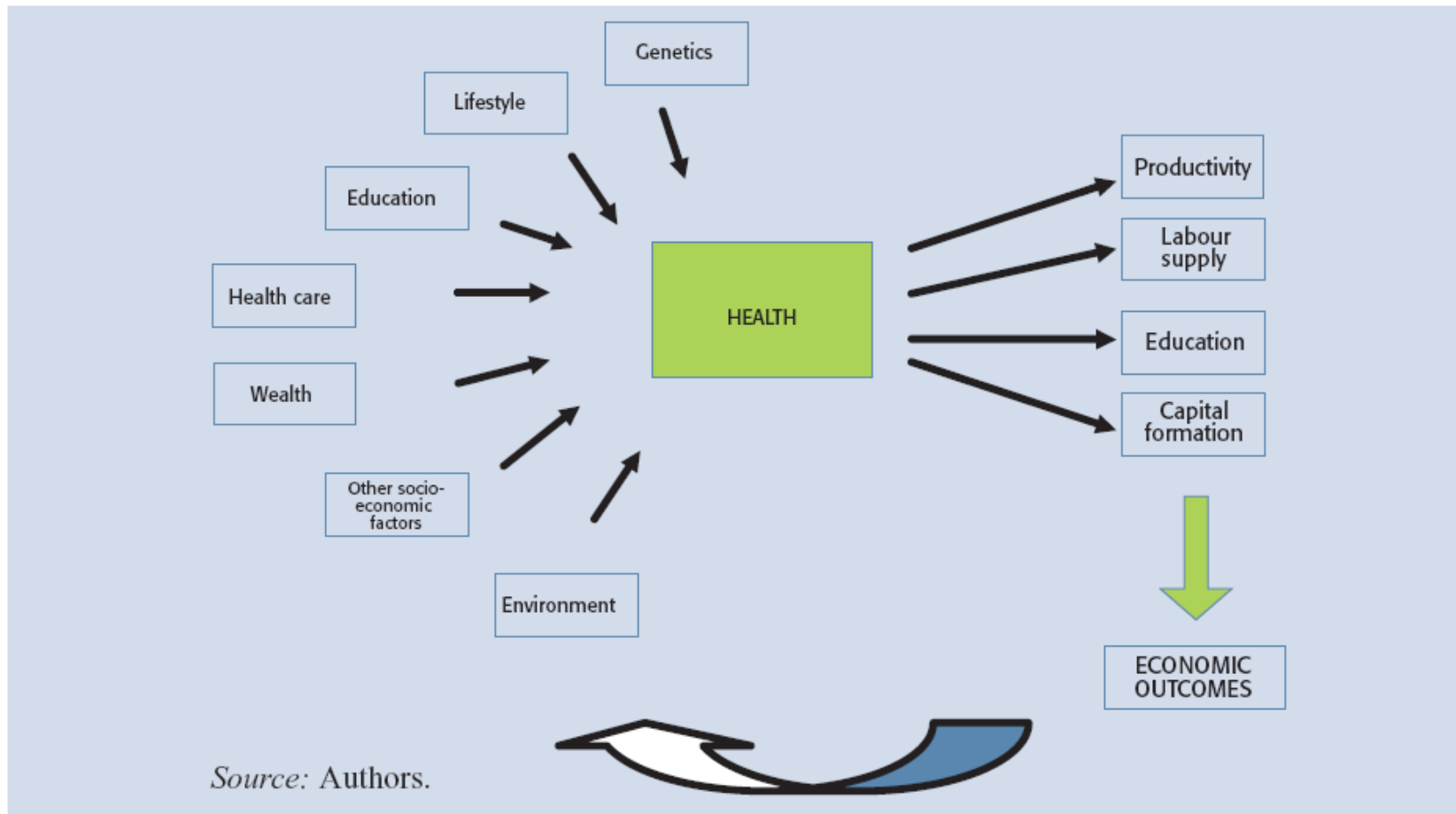
The contribution of health to the economy in the European Union



- Executive summary9
- Chapter 1 — Introduction15
- Chapter 2 — The impact of health on the economy: theoretical framework.....19
 - 2.1 The contribution of human capital to economic growth.....19
 - 2.2 The role of health as a component of human capital.....20
 - 2.3 Channels of influence between health and the economy.....20
 - Labour productivity.....22
 - Labour supply.....22
 - Education.....22
 - Savings and investment.....23
- Chapter 3 — The impact of health on the economy: empirical evidence25
 - 3.1 The Commission on Macroeconomics and Health and beyond25
 - 3.2 Cost-of-illness studies29
 - 3.2.1 Cardiovascular disease30
 - 3.2.2 Mental illness32
 - 3.2.3 Obesity.....33
 - 3.2.4 Diabetes34
 - 3.2.5 Tobacco.....35
 - 3.2.6 Alcohol36
 - 3.3 The economic impact of health at the level of the individual38
 - 3.3.1 Labour market impacts of health.....38
 - 3.3.1.1 The impact of health on earnings and wages.....39
 - 3.3.1.2 The impact of physiology on earnings and wages.....42
 - 3.3.1.3 The impact of health on labour supply44
 - 3.3.2 The impact of health on education.....57
 - 3.3.3 The impact of health on saving.....61
 - 3.4 The impact of health on the macroeconomy.....62
 - 3.4.1 The impact of historic health 'improvement' in determining contemporary national wealth62
 - 3.4.2 Health as a determinant of economic development63
 - 3.4.2.1 Macroeconomic studies using a worldwide sample of countries.....65
 - 3.4.2.2 Macroeconomic studies focusing on high-income countries.....67

Health is Wealth

Figure 1 – Health inputs and health outputs



Costes



Tipos de coste

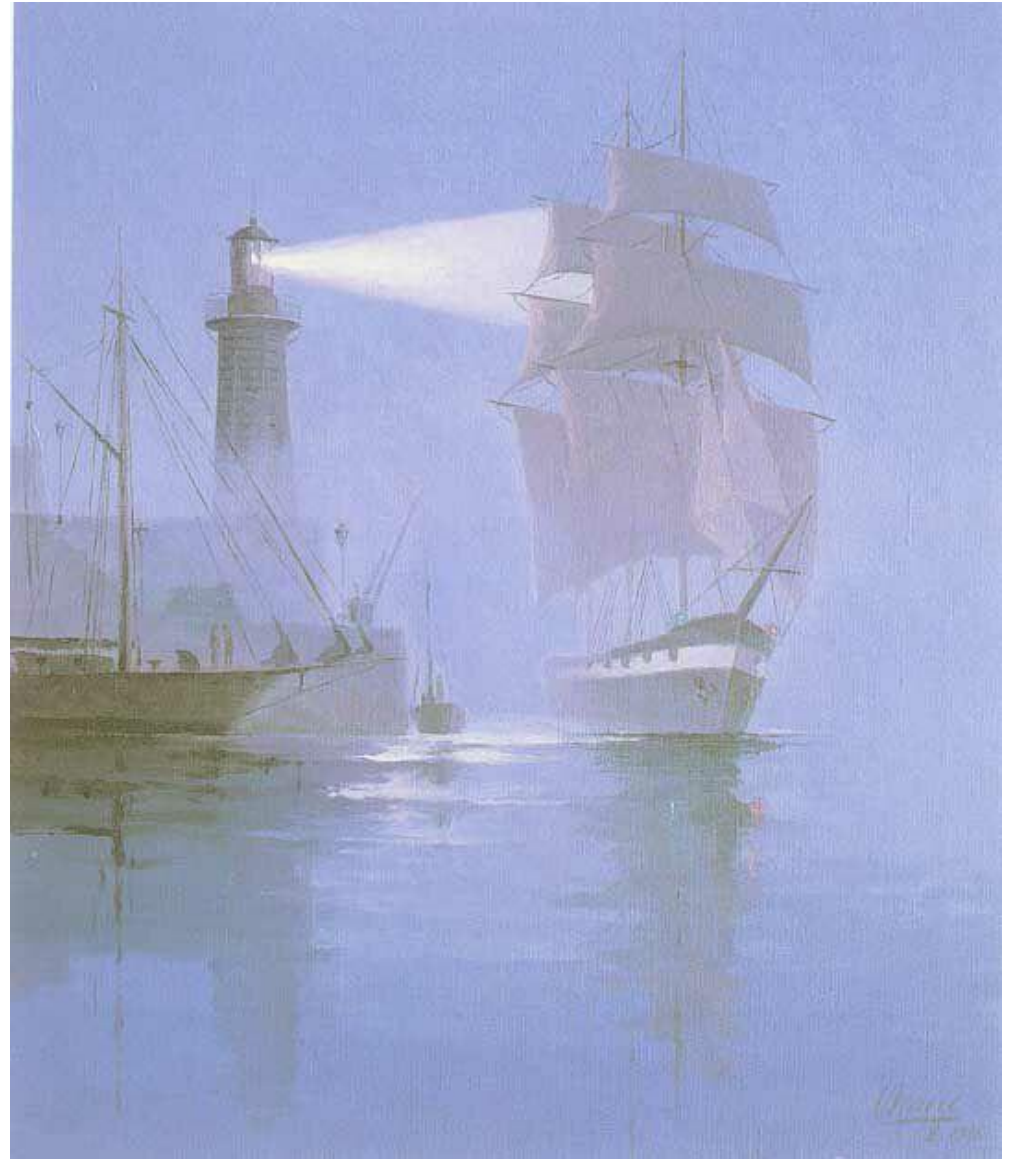
■ Costes sanitarios

- **Sanitarios:** hospitalización, pruebas diagnósticas, intervenciones, medicamentos, tratamiento de los efectos adversos, fisioterapia, etc.

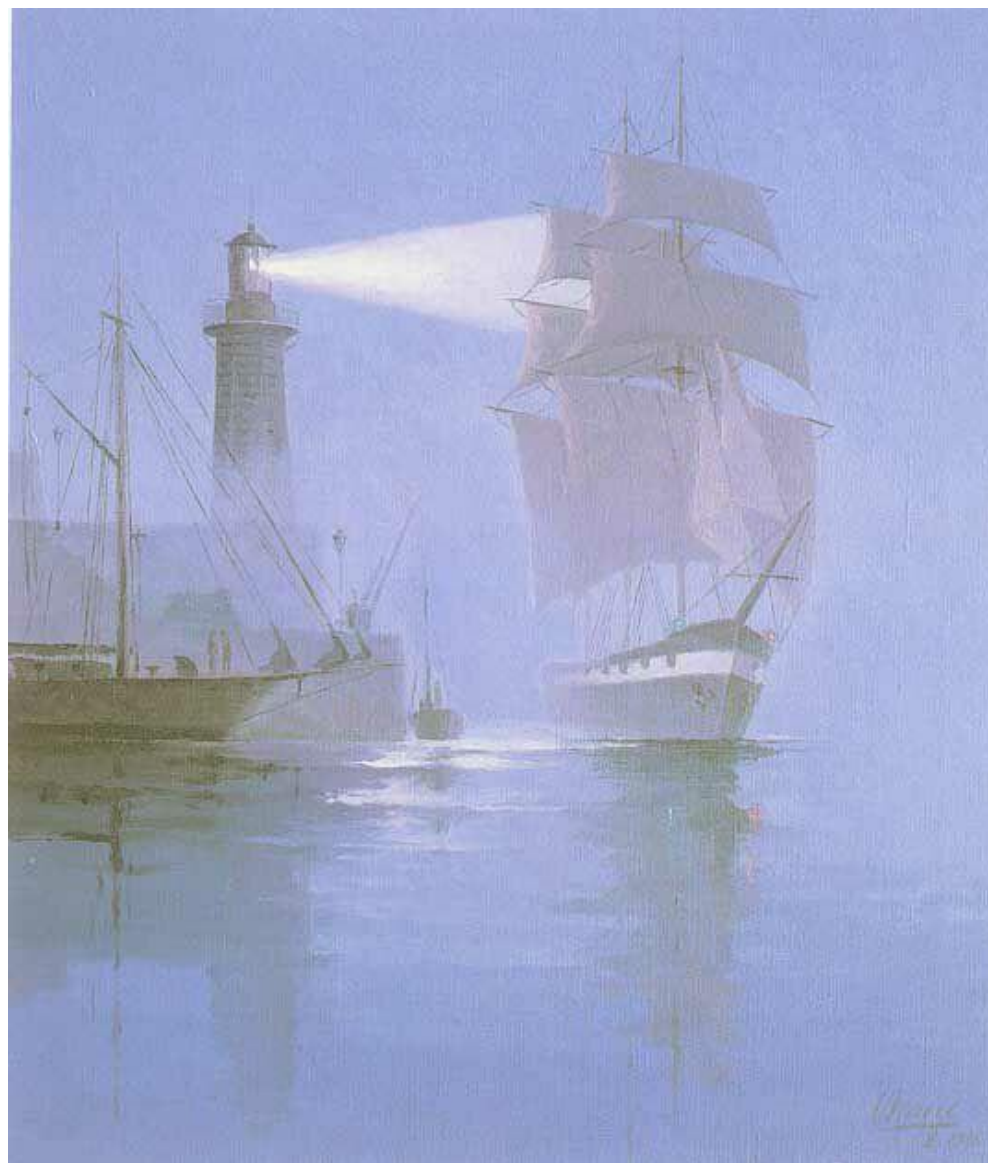
■ Costes no sanitarios

- **Cuidados:** servicios sociales, cuidados informales, etc.
- **Pérdidas laborales:** relacionados con cambios en la capacidad productiva del individuo.
- **Costes intangibles:** son los costes relacionados con el dolor o sufrimiento de los pacientes y su entorno afectivo. Debido a su difícil cuantificación no suelen incluirse en los estudios de evaluación económica.

Los costes (recursos
utilizados o
perdidos) pueden
ayudar a revelar la
verdadera dimensión
de un problema de
salud



Complementando a
otros indicadores,
pueden aportar una
información valiosa
para la sociedad y
los decisores en
relación a la
importancia relativa
y absoluta de una
enfermedad



Pero...¿cuán relevantes pueden ser dichos costes no sanitarios?

Lopez-Bastida *et al.* *BMC Health Services Research* 2012, **12**:315
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/315>



RESEARCH ARTICLE

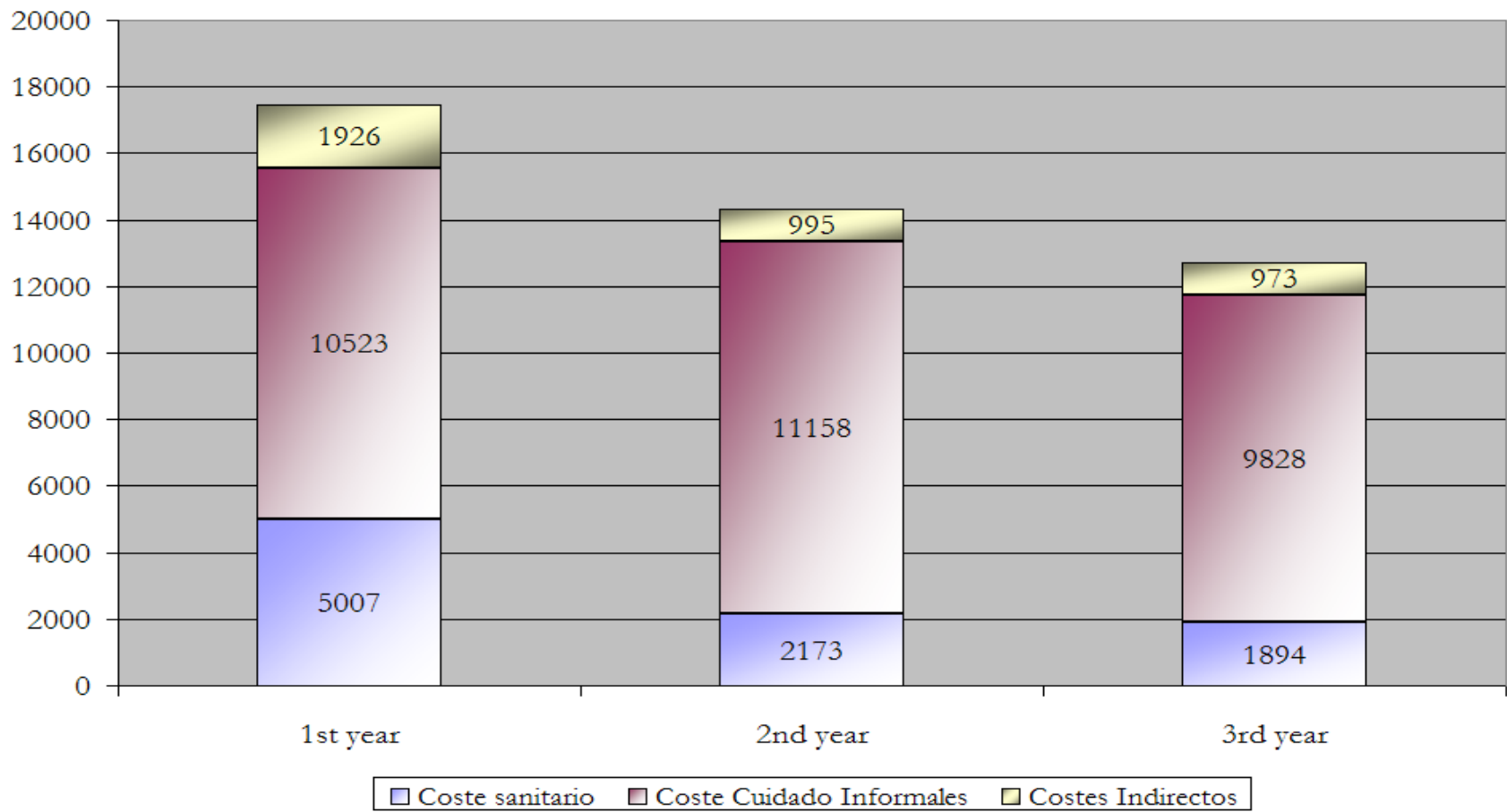
Open Access

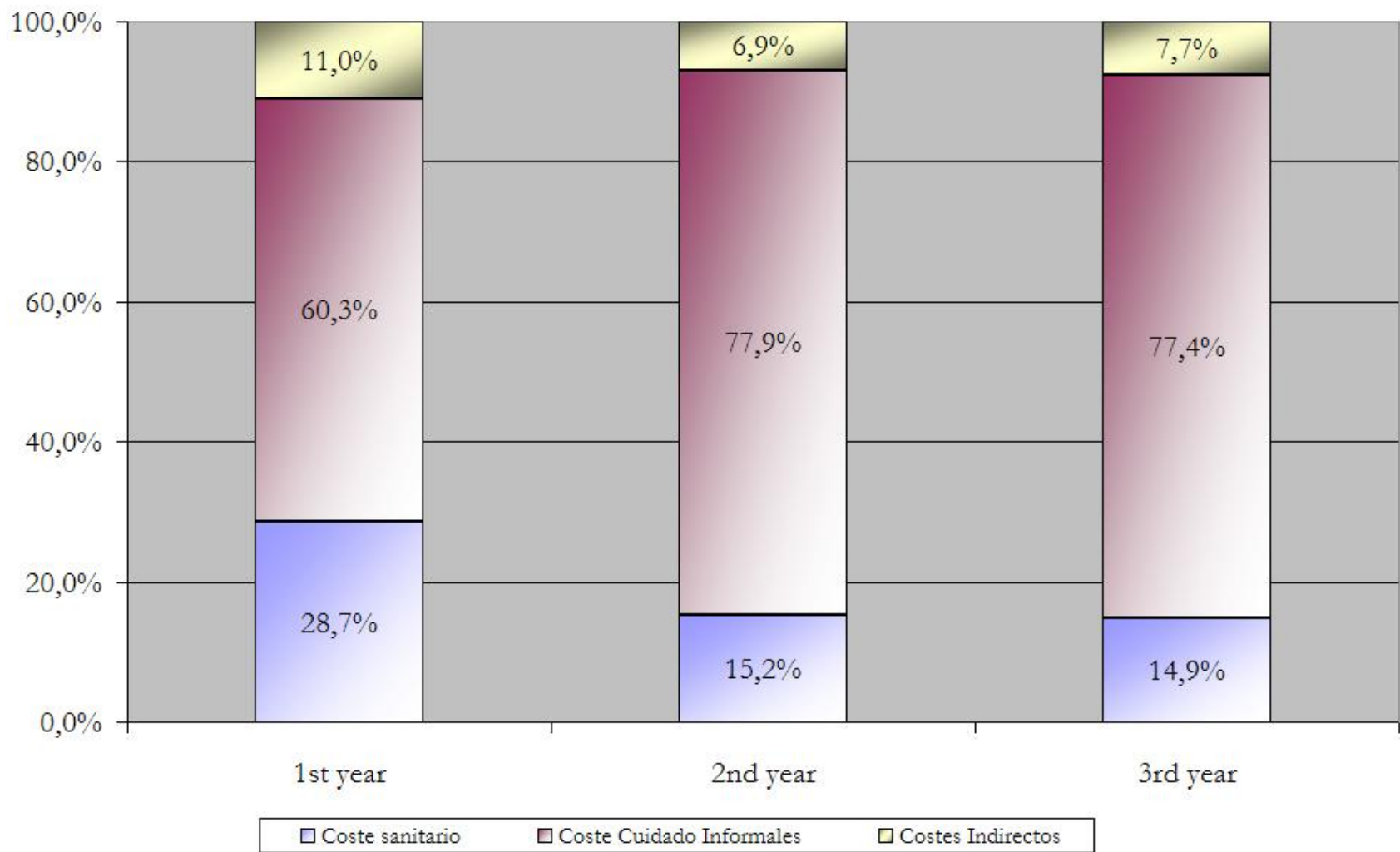
Social and economic costs and health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain

Julio Lopez-Bastida^{1,2,3*}, Juan Oliva Moreno^{1,3,4}, Melany Worbes Cerezo^{2,3}, Lilisbeth Perestelo Perez^{2,3}, Pedro Serrano-Aguilar^{2,3} and Fernando Montón-Álvarez⁵

Datos muestrales

- Estudio epidemiológico observacional de tipo transversal con 448 pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de ictus
- Grupo 1 (94 pacientes): pacientes que sufrieron un ataque cerebrovascular hace 12 meses;
- Grupo 2 (205 pacientes): pacientes que sufrieron un ataque cerebrovascular (primer ataque) hace más de un año y menos de dos; y
- Grupo 3 (149 pacientes): pacientes que sufrieron un ataque cerebrovascular (primer ataque) hace más de dos años y menos de tres años





Costes del cáncer

Costes directos e indirectos del cáncer en España*

Fernando Antoñanzas
Universidad de La Rioja

Juan Oliva
Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM)
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos (SESAM)

María Velasco
Universidad de La Rioja

Néboa Zozaya
Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos (SESAM).
Universidad Carlos III

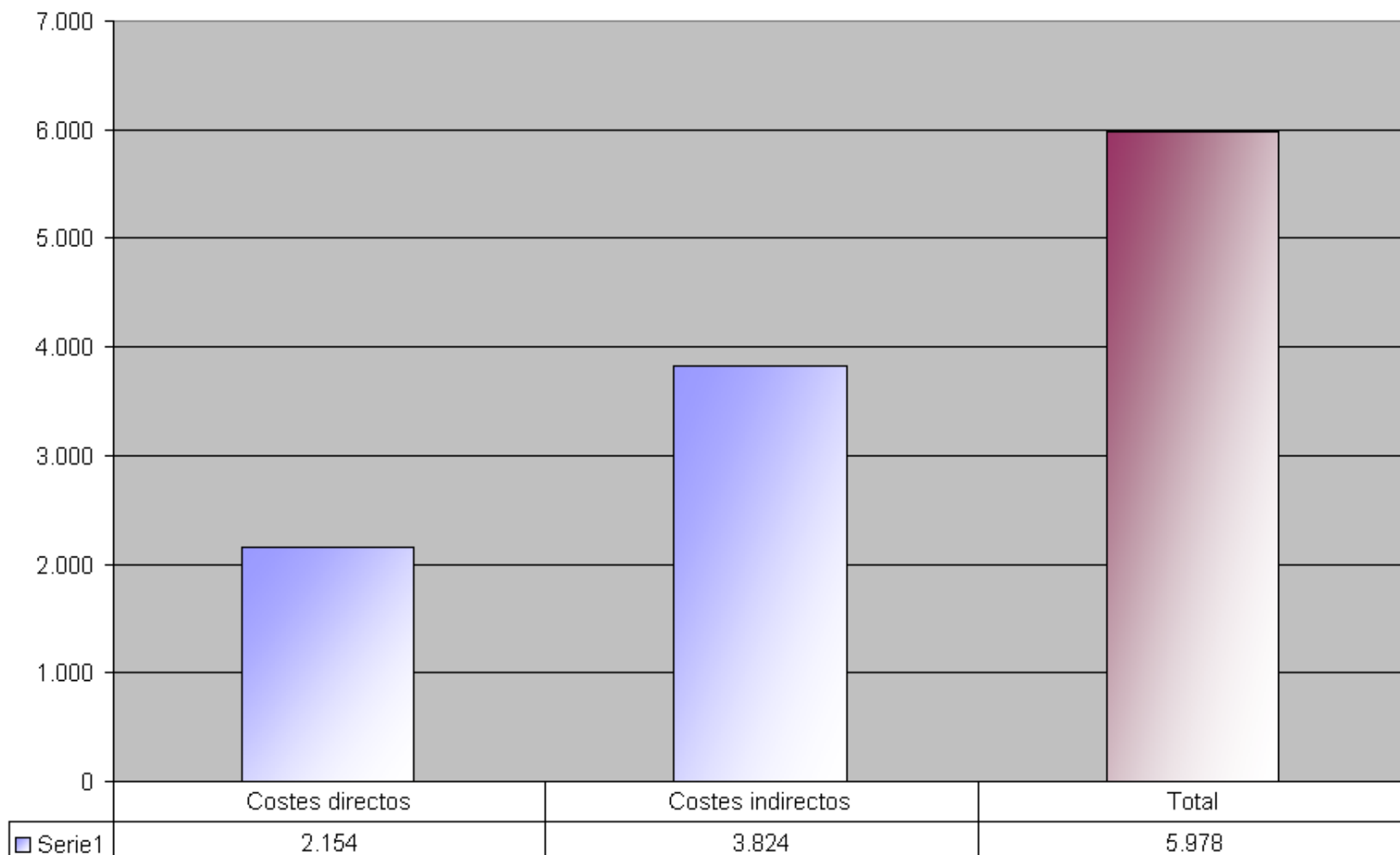
Reyes Lorente
Universidad de La Rioja

Julio López-Bastida
Servicio Canario de Salud
Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos (SESAM).
Universidad Carlos III

Resumen

En el presente trabajo se estiman los costes directos e indirectos (pérdidas de productividad laboral) ocasionados en España por los tumores, y en particular por cuatro tipos concretos: mama, cérvix, próstata y colon. Además de los costes que originan su tratamiento y prevención, las enfermedades generan otro tipo de costes que no siempre se tienen en cuenta. El objetivo del presente trabajo es identificar, medir y valorar una parte de estos costes en el caso de uno de los grupos de enfermedades que más muertes causan en España.

Costes del cáncer en España (año 2003)



Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE LA AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD



PÉRDIDAS LABORALES OCASIONADAS POR LA ENFERMEDADES Y PROBLEMAS DE SALUD EN ESPAÑA EN EL AÑO 2005

*Autor: Juan Oliva**

P. T. N.º 7/10

(*) Universidad de Castilla la Mancha, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Toledo, Análisis Económico y Finanzas. Dirección Cobertizo de San Pedro Mártir s/n, 45071. Toledo
correspondencia: e-mail: juan.olivamorenouclm.es

Mortalidad Prematura

Mortalidad prematura

Pérdidas de productividad laboral ocasionadas por muerte prematura
Valores absolutos y distribución según causa del fallecimiento

	caso base tasa anual de descuento=3%; tasa anual de crecimiento de la productividad=1%		tasa anual de descuento=0%; tasa anual de crecimiento de la productividad=2%		tasa anual de descuento=6%; tasa anual de crecimiento de la productividad=0%	
	Valores (€)	%	Valores (€)	%	Valores (€)	%
Todas las causas	9.136.350	100,00%	15.115.025	100,00%	6.649.421	100,00%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	528.848	5,79%	819.525	5,42%	391.251	5,88%
Tumores	2.386.820	26,12%	3.326.692	22,01%	1.902.721	28,61%
Enf. de sangre y de órg. Hematopoyéticos	35.498	0,39%	68.501	0,45%	23.018	0,35%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	126.188	1,38%	213.592	1,41%	90.765	1,37%
Trastornos mentales y del comportamiento	83.816	0,92%	129.109	0,85%	63.881	0,96%
Enf. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	280.926	3,07%	529.407	3,50%	186.669	2,81%
Enfermedades del sistema circulatorio	1.226.471	13,42%	1.720.991	11,39%	975.782	14,67%
Enfermedades del sistema respiratorio	373.540	4,09%	586.423	3,88%	280.865	4,22%
Enfermedades del sistema digestivo	480.486	5,26%	655.261	4,34%	383.618	5,77%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	5.025	0,05%	6.786	0,04%	4.146	0,06%
Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	27.122	0,30%	42.664	0,28%	20.036	0,30%
Enfermedades del sistema genitourinario	47.344	0,52%	68.957	0,46%	36.850	0,55%
Embarazo, parto y puerperio	3.380	0,04%	5.610	0,04%	2.274	0,03%
Afecciones originadas en el periodo perinatal	335.989	3,68%	883.161	5,84%	156.648	2,36%
Malformaciones congénitas	259.451	2,84%	639.968	4,23%	132.017	1,99%
Síntomas, signos, NCOP,...	350.614	3,84%	602.372	3,99%	248.433	3,74%
Causas externas	2.584.835	28,29%	4.816.005	31,86%	1.750.447	26,32%

Incapacidad Temporal

Incapacidad Temporal

Distribución de las pérdidas estimadas por Incapacidad Temporal por motivo de enfermedad. España, 2005

	Casos Totales de IT (Miles)	%	Días Totales de IT (Miles)	%	Pérdidas estimadas (millones de euros)	%
001-102 I-XX.Todas las causas	4.981	100,00%	213.445	100,00%	10.255,3	100,00%
001-008 I.Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	386	7,76%	5.268	2,47%	255,7	2,49%
009-041 II.Tumores	37	0,75%	4.604	2,16%	248,6	2,42%
042-043 III.Enf. de sangre y de órg. hematopoyéticos y ciertos trast.	6	0,12%	775	0,36%	36,2	0,35%
044-045 IV.Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	18	0,35%	1.444	0,68%	67,8	0,66%
046-049 V.Trastornos mentales y del comportamiento	308	6,19%	29.510	13,83%	1.400,2	13,65%
050-052 VI-VIII.Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	188	3,76%	8.268	3,87%	422,8	4,12%
053-061 IX.Enfermedades del sistema circulatorio	82	1,66%	7.630	3,57%	392,0	3,82%
062-067 X.Enfermedades del sistema respiratorio	855	17,16%	14.376	6,74%	707,1	6,89%
068-072 XI.Enfermedades del sistema digestivo	248	4,98%	6.859	3,21%	338,5	3,30%
073 XII.Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	56	1,12%	2.029	0,95%	96,4	0,94%
074-076 XIII.Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	864	17,34%	52.370	24,54%	2.487,9	24,26%
077-080 XIV.Enfermedades del sistema genitourinario	94	1,88%	4.112	1,93%	197,4	1,93%
081 XV.Embarazo, parto y puerperio	90	1,81%	5.324	2,49%	252,7	2,46%
082 XVI.Afecciones originadas en el periodo perinatal	10	0,19%	414	0,19%	17,9	0,17%
083-085 XVII.Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5	0,11%	597	0,28%	29,6	0,29%
086-089 XVIII.Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP	1.089	21,86%	35.557	16,66%	1.722,4	16,80%
090-102 XX.Causas externas	438	8,80%	22.737	10,65%	1.061,5	10,35%
Causa de la IT desconocido o de difícil interpretación	208	4,17%	11.569	5,42%	520,6	5,08%

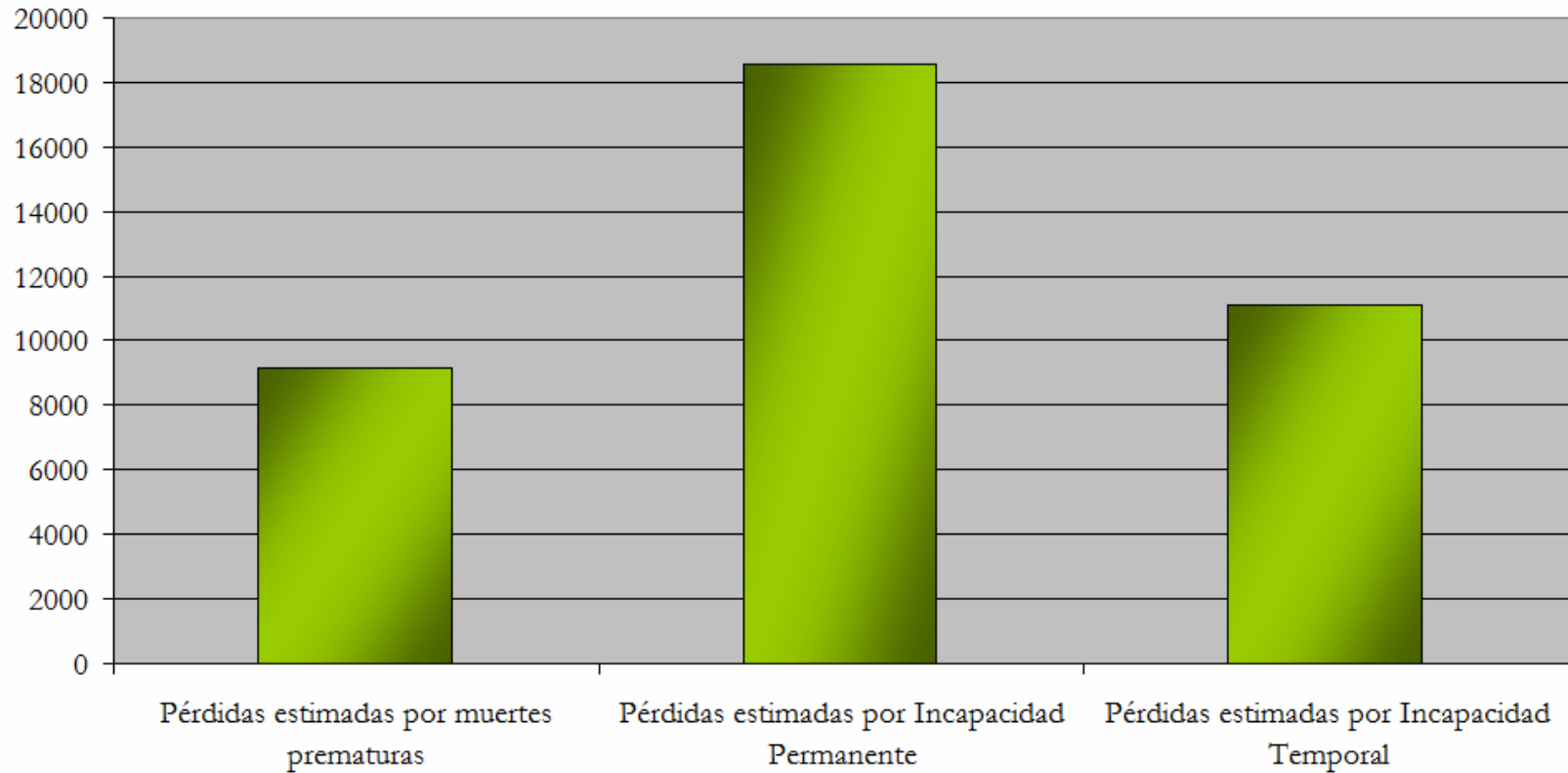
Incapacidad Permanente

Incapacidad Permanente

	Número de casos de Incapacidad Permanente (media anual), distribución por CCAA y pérdida estimada en el año 2005			
	TOTAL	Distribución por CCAA	Pérdida estimada (millones de euros)	Distribución por CCAA
TOTAL	832.794	100,00%	18.577,44	100,00%
ANDALUCÍA	185.361	22,26%	3.769,83	20,29%
ARAGÓN	21.919	2,63%	470,09	2,53%
ASTURIAS	33.352	4,00%	779,57	4,20%
BALEARES	18.711	2,25%	360,64	1,94%
CANARIAS	26.414	3,17%	484,30	2,61%
CANTABRIA	12.381	1,49%	262,87	1,41%
CASTILLA-LA MANCHA	29.687	3,56%	580,51	3,12%
CASTILLA Y LEÓN	42.301	5,08%	903,35	4,86%
CATALUÑA	149.533	17,96%	3.901,81	21,00%
COM. VALENCIANA	80.062	9,61%	1.547,89	8,33%
EXTREMADURA	19.528	2,34%	340,54	1,83%
GALICIA	62.629	7,52%	1.318,04	7,09%
MADRID	63.001	7,57%	1.793,54	9,65%
MURCIA	28.264	3,39%	560,03	3,01%
NAVARRA	10.450	1,25%	259,18	1,40%
PAÍS VASCO	41.835	5,02%	1.098,79	5,91%
RIOJA (LA)	5.646	0,68%	111,48	0,60%
CEUTA	683	0,08%	13,89	0,07%
MELILLA	1.037	0,12%	21,09	0,11%

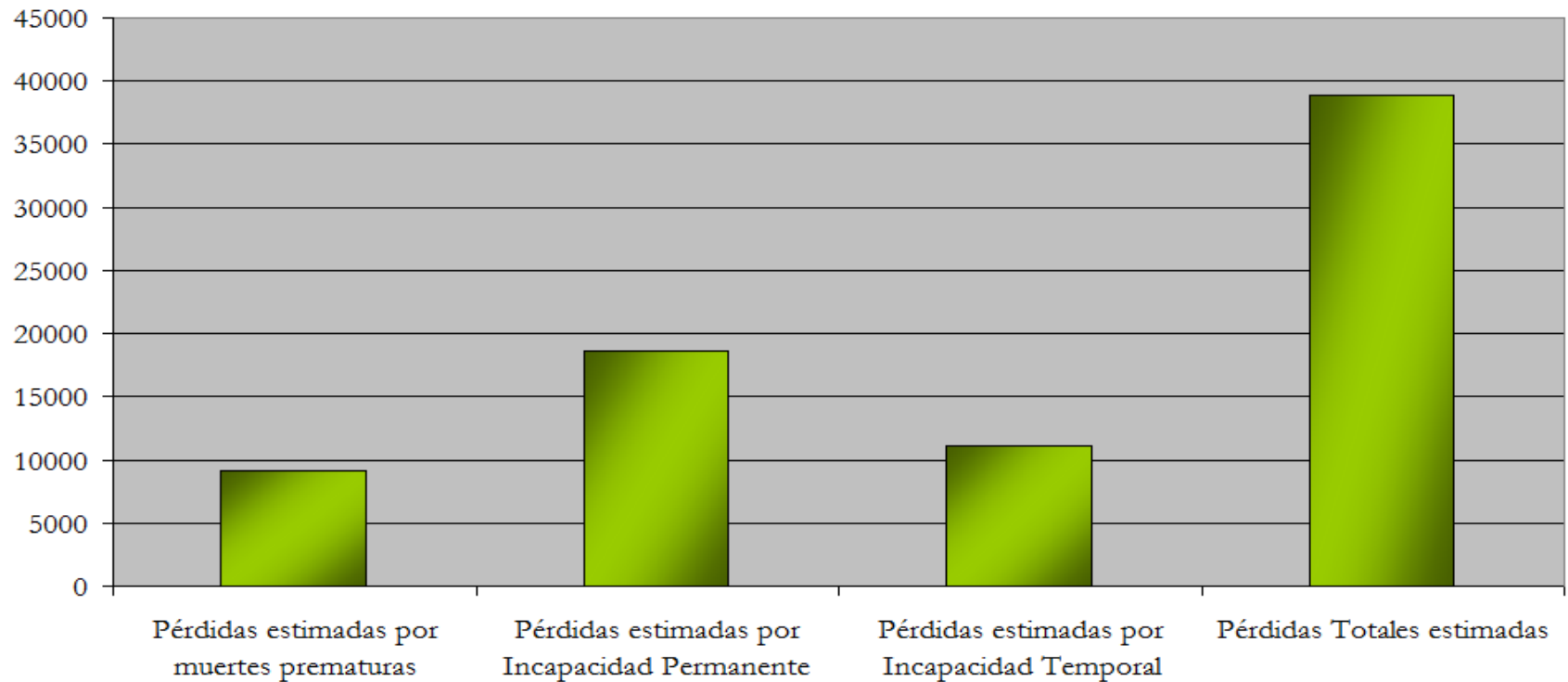
Pérdidas totales estimadas

Pérdidas laborales ocasionadas por enfermedades y problemas de salud
(año ref. 2005)



Pérdidas totales estimadas

**Pérdidas laborales ocasionadas por enfermedades y problemas de salud
(año ref. 2005)**



Yo, al menos, me pierdo entre estas cifras...

- ¿Qué representan 38.800 millones de euros?
- El 4,27% del PIB del mismo año (2005)
- El 77% del gasto sanitario público (SNS) del mismo año (2005)

Cuidados informales: valoración macro en España

Papeles de Trabajo

N.I.P.O.: 602-11-097-4

EL VALOR DE LOS CUIDADOS INFORMALES
PRESTADOS EN ESPAÑA A PERSONAS
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Autores: *Juan Oliva*
Universidad de Castilla-La Mancha
Cristina Vilaplana
Universidad de Murcia
Rubén Osuna

Universidad Nacional de Educación a Distancia

P.T. n.º 10/2011

Los autores agradecen el apoyo prestado por el
Instituto de Estudios Fiscales para la realización del estudio

 INSTITUTO DE
ESTUDIOS
FISCALES

**HORAS DE CUIDADO INFORMAL RECIBIDO POR
PERSONAS DEPENDIENTES Y VALORACIÓN MONETARIA**

	Horas de cuidado (millones)	Valoración 1 (millones €)	Valoración 2 (millones €)	Valoración 3 (millones €)
Andalucía	1.032,41	7.918,60	13.121,96	11.996,63
Aragón	128,28	983,88	1.630,39	1.361,01
Asturias	132,90	1.019,33	1.689,13	1.608,07
Baleares	73,47	563,54	933,85	1.122,67
Canarias	189,16	1.450,87	2.404,24	2.080,78
Cantabria	69,72	534,78	886,18	544,54
Castilla y León	292,92	2.246,68	3.722,99	4.065,71
Castilla - La Mancha	220,97	1.694,80	2.808,47	2.099,17
Cataluña	580,50	4.452,42	7.378,14	8.434,65
Valencia	572,80	4.393,34	7.280,23	6.174,74
Extremadura	120,76	926,20	1.534,81	746,27
Galicia	413,29	3.169,97	5.252,98	3.727,92
Madrid	337,99	2.592,41	4.295,90	4.745,43
Murcia	155,66	1.193,93	1.978,47	1.608,00
Navarra	55,30	424,12	702,82	1.259,10
País Vasco	178,42	1.368,51	2.267,77	3.259,80
La Rioja	27,33	209,65	347,42	331,02
Ceuta y Melilla	19,87	152,42	252,58	313,98
Total nacional	4.601,76	35.295,48	58.488,34	55.479,49

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Yo sigo perdido...

- ¿Qué representan 35.300-58.500 millones de euros?
- Entre el 3,24% y el 5,37% del PIB del mismo año (2008)
- Cuando trasladamos al ámbito regional la comparación, la valoración oscila de manera muy importante entre CCAA, llegando alguna a alcanzar cifras que superan el 9% de su PIB.

Evaluación económica de intervenciones sanitarias

Comparación entre guías internacionales

- **Autores de las guías**
- España-investigadores pertenecientes al ámbito universitario y de los servicios sanitarios
- Australia-Pharmaceutical Benefits Advisory Committee
- Canadá-Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
- Alemania-Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Suecia-Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Holanda- College voor zorgverzekeringen
- Inglaterra y Gales-National Institute for Health and Clinical Excellence

Propuesta de guía metodológica española más reciente

Gac Sanit. 2010;24(2):154-170

Artículo especial

Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias

Julio López Bastida^{a,b}, Juan Oliva^{b,c,*}, Fernando Antoñanzas^d, Anna García-Altés^{b,e}, Ramón Gisbert^f, Javier Mar^g y Jaume Puig-Junoy^h

^a Servicio Canario de Salud, Unidad de Planificación y Evaluación, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España

^d Departamento de Economía, Universidad de La Rioja, Logroño, España

^e Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^f Universidad de Vic y Oblikue, Vic, Barcelona, España

^g Hospital Alto Deba, Arasate, Guipúzcoa, España

^h Departamentot de Economia y Empresa, Universitat Pompeu Fabra/CRES, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de julio de 2009

Aceptado el 23 de julio de 2009

On-line el 2 de diciembre de 2009

Palabras clave:

Evaluación económica
de tecnologías sanitarias
Metodología
Evaluación

RESUMEN

La evaluación económica de tecnologías sanitarias se ha convertido en los últimos años en Europa en una herramienta de primer orden para los gestores sanitarios en sus estrategias de asignación de recursos sanitarios y de adopción de nuevas tecnologías. España fue uno de los países pioneros en realizar propuestas de estandarización metodológica aplicable a estudios de evaluación económica. No obstante, la falta de decisión política y de apoyo de los gestores sanitarios a este tipo de herramientas hizo que las propuestas cayeran en desuso. Sin embargo, lo esperable es que a medio plazo sea cada vez más habitual que las nuevas tecnologías sanitarias financiadas por el Sistema Nacional de Salud deban aportar una adecuada evidencia de su valor terapéutico y social en comparación con su coste. Llegado ese momento, los actores del sistema requerirán una serie de reglas claras y consensuadas por parte de los agentes del sistema sobre las cuestiones técnicas o metodológicas que deben respetar los estudios de evaluación de tecnologías sanitarias. Por este motivo, las presentes recomendaciones orientan sobre cómo realizar y analizar los estudios de evaluación económica de calidad. Las recomendaciones aparecen bajo 17 encabezamientos o dominios, y bajo cada recomendación hay además un comentario, en el cual se justifican y discuten las propuestas en relación con otras opciones posibles.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Comparación entre guías internacionales

- **Elección de los comparadores**
- España-práctica clínica habitual
- Australia-práctica clínica habitual
- Canadá-la práctica clínica habitual, la alternativa terapéutica de menor coste o la alternativa no hacer nada
- Alemania-todas las alternativas terapéuticas relevantes
- Suecia-práctica clínica habitual
- Holanda- práctica clínica habitual
- Inglaterra y Gales-práctica clínica habitual o mejores prácticas

Comparación entre guías internacionales

- **Elección de la población objeto de estudio**
- España-definición clara de la población indicada y recomendación de análisis por subgrupos
- Australia, Canadá, Alemania, Suecia, Holanda, Inglaterra y Gales-misma recomendación

Comparación entre guías internacionales

■ **Horizonte temporal**

- España- suficientemente largo para poder captar todas las diferencias significativas en los costes y en los resultados entre los tratamientos
- Australia, Canadá, Suecia, Holanda, Inglaterra y Gales- recomendaciones similares
- Alemania- basado en la duración de los ensayos clínicos de los que proceda la información primaria

Comparación entre guías internacionales

- **Perspectiva empleada**
- España-social
- Australia-social
- Canadá-social
- Alemania-sistema de salud
- Suecia-social
- Holanda- social
- Inglaterra y Gales-financiador

Comparación entre guías internacionales

- **Tipos de costes a valorar**
- España-sanitarios y no sanitarios
- Australia-sanitarios y no sanitarios
- Canadá-sanitarios y no sanitarios
- Alemania-sanitarios
- Suecia-sanitarios y no sanitarios
- Holanda- sanitarios y no sanitarios
- Inglaterra y Gales-sanitarios y servicios sociales

Considerar o no considerar costes no sanitarios

Algunos ejemplos

- Hay muchas áreas terapéuticas donde podría buscar ejemplos
- VIH (posibilidades laborales)
- Artrosis (cuidados informales)
- Accidentes cerebro y cardiovasculares (cuidados formales e informales)
- Esclerosis múltiples (todos los anteriores)

Enfermedad de Alzheimer

Original Papers

Eur J Health Econ 2006 · 7:137–144
DOI 10.1007/s10198-006-0355-0
Published Online: 3. May 2006
© Springer Medizin Verlag 2006

Fernando Antonanzas¹ · Benoit Rive² · Josep M. Badenas³ · Susana Gomez-Lus³ ·
Chantal Guilhaume⁴

¹ Department of Economics, Universidad de la Rioja

² Altipharm SA, 15 rue du Louvre

³ Lundbeck Spain SA, Barcelona

⁴ International Department of Health Economics and Epidemiology, H. Lundbeck A/S

**Cost-effectiveness of memantine
in community-based
Alzheimer's disease patients:
an adaptation in Spain**

Table 5 Cost per Markov state

Severity	Dependency	6-month cost
		(2005)
Mild-moderate	Non-dependent	2,674
	Dependent	3,300
Moderately severe	Non-dependent	4,094
	Dependent	5,053
Severe	Non-dependent	6,324
	Dependent	9,291

Table 6 Costs (2005) and time of Independence over 2 years

	Costs (2005)			Time of independence (year)		
	Meman- tine	Standard care	Incremen- tal	Meman- tine	Standard care	Incremen- tal
Mean	24,055	24,721	-667	0.715	0.513	0.202
SD	10,070	11,514	2,611	0.084	0.058	0.063
2.5% ^a	8,928	7,709	-6,467	0.543	0.408	0.074
Median	22,453	22,938	-405	0.717	0.510	0.203
97.5% ^a	48,225	52,566	4,120	0.876	0.636	0.321

^a Percentiles based upon draws from the Monte-Carlo simulation

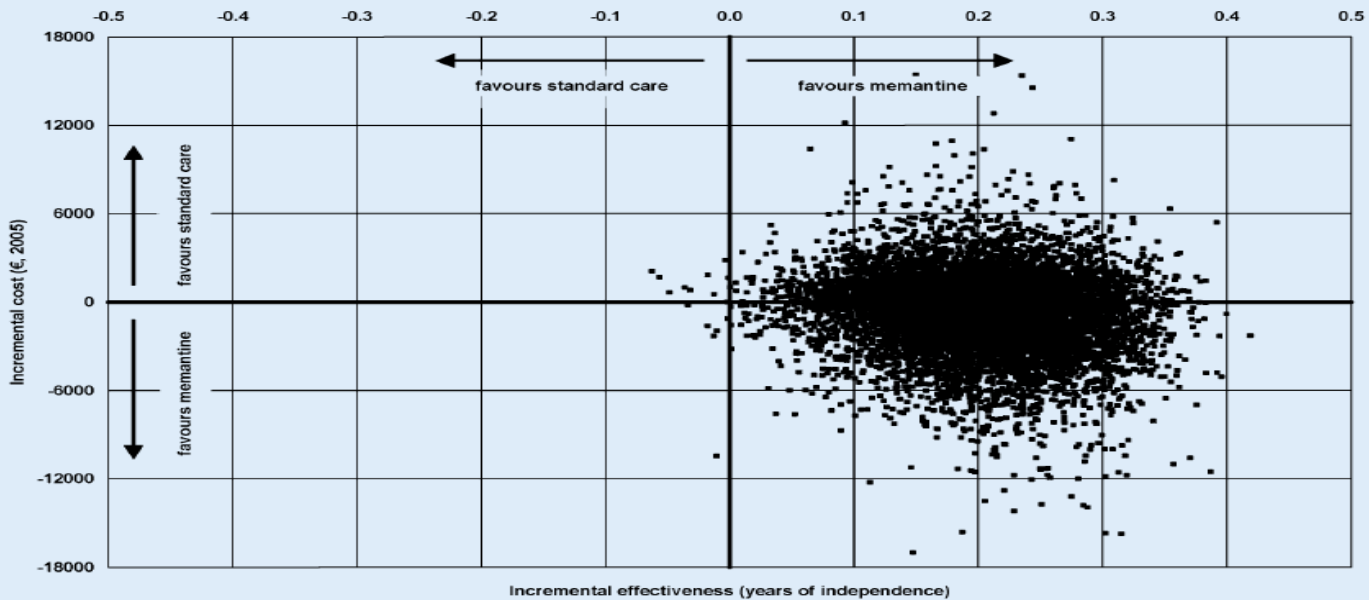


Fig. 2 ▶ Incremental cost-effectiveness scatter-plot

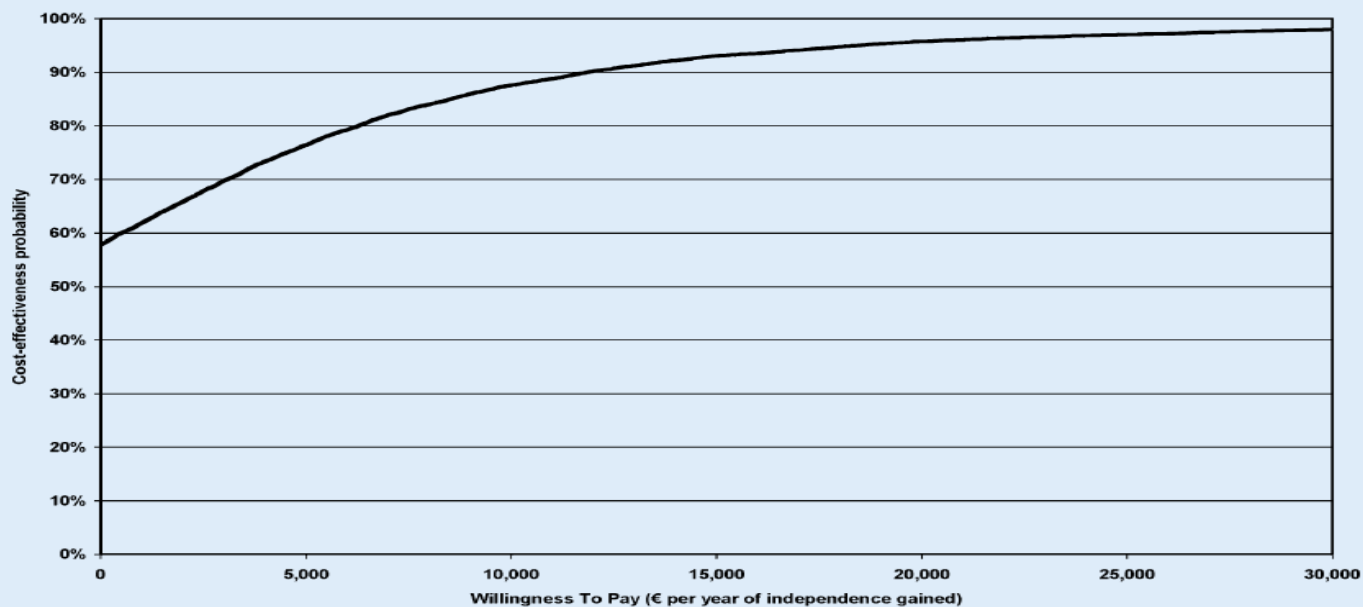


Fig. 3 ▶ Cost-effectiveness acceptability curve

BMJ

RESEARCH

Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study

Maud J L Graff, scientific researcher in allied healthcare research,^{1,3} Eddy M M Adang, senior researcher in efficiency studies,² Myrra J M Vernooij-Dassen, professor in psychosocial aspects of care for frail elderly,³ Joost Dekker, professor in allied health care,⁴ L Jönsson, senior researcher in health economic studies,⁵ Marjolein Thijssen, research assistant,^{1,3} Willibrord H L Hoefnagels, professor in geriatrics,⁶ Marcel G M Olde Rikkert, professor in geriatrics⁶

Table 3 | Effect of treatment and mean (SD) costs per patient at three month follow-up

	Occupational therapy (n=67)	Usual care (n=65)	Difference (95% CI)
Effect			
No (%) of "successful treatments"	25 (37)	1 (1.5)	36% (23% to 47%)
No with missing data	1	2	—
NNT (95% CI)	2.8 (2.7 to 2.9)	—	—
Costs (€)*			
Total care costs	12 563 (6628)	14 311 (7833)	-1748 (-4244 to 748)
Intervention (OT):			
Visits	774 (151)	0	774 (737 to 810)
Additional	409 (78)	0	409 (391 to 429)
Total	1183 (228)	0	1183 (1128 to 1239)

NNT=number needed to treat.

*Costs per patient averaged over all patients in each group.

Table 5 | Effect of treatment on admission to institution at three month follow-up. Figures are mean (SD) costs (€) per patient

Admission to institution	Occupational therapy (n=67)	Usual care (n=65)	Difference in cost (95% CI)
Nursing home:			
Average cost*	335 (1635)	501 (2731)	-166 (-938 to 607)
No (%) who used service	5 (7.5)	5 (7.7)	—
Costs if used†	4489	6513	—
Home for elderly:			
Average cost*	71 (582)	77 (590)	-6 (-208 to 196)
No (%) who used service	1 (1.5)	4 (6.2)	—
Costs if used†	4757	1251	—
Informal care:			
Average cost	7582	9344	-1762 (-3919 to 395)
No (%) who used service	67 (100)	65 (100)	—
Costs if used†	7582	9344	—

*Costs per patient averaged over all patients in each group.

†Costs of specific service when averaged over those patients who actually used it.

Depresión severa



Journal of Affective Disorders 109 (2008) 273–285



www.elsevier.com/locate/jad

Research report

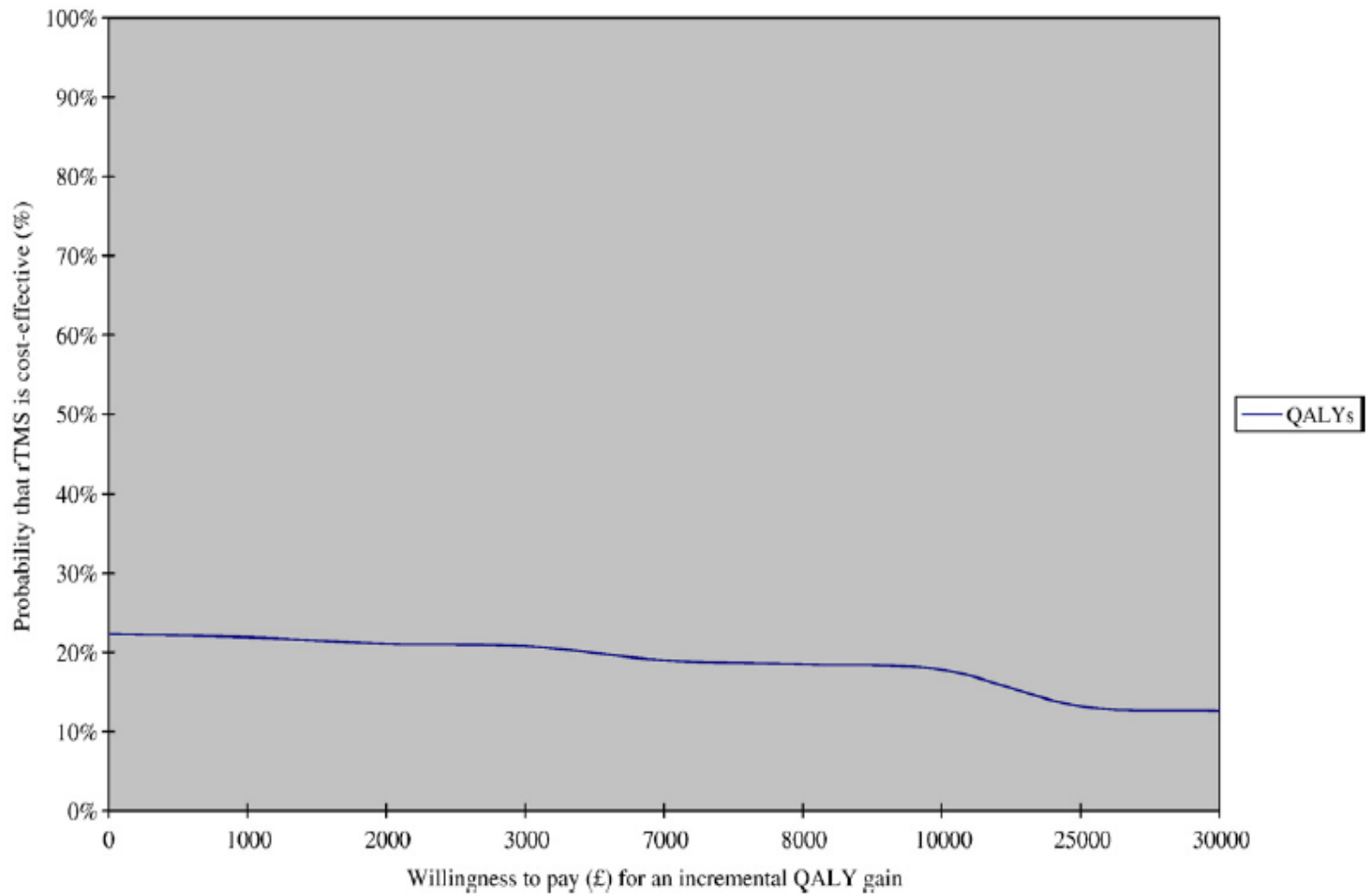
Cost-effectiveness of transcranial magnetic stimulation vs. electroconvulsive therapy for severe depression: A multi-centre randomised controlled trial

Martin Knapp^{a,b,*}, Renee Romeo^a, Andrew Mogg^c, Savitha Eranti^c, Graham Pluck^c, Rick Purvis^c, Richard G. Brown^d, Robert Howard^c, Michael Philpot^e, John Rothwell^f, Denzil Edwards^g, Declan M. McLoughlin^c

Table 5

Mean total costs at 6-month follow-up^a

Cost category	Mean cost £ (SD)				Mean difference	95% CI
	ECT		rTMS		ECT-rTMS	
Treatment cost ^b	1314	(525)	1444	(286)	-130	-387 to +127
Other service cost during the treatment period	2584	(1793)	2310	(1897)	274	-116 to +376
Treatment and other service cost during the treatment period	3898	(1846)	3754	(1789)	144	-1174 to +909
Service costs during the 6-month follow-up period	1695	(3002)	2987	(4425)	-1292	-1614 to +4074
Service costs during the 6-month follow-up period <i>plus</i> treatment and other service cost during the treatment period	5469	(3016)	6829	(4420)	-1360	-1565 to +4049
Informal care during the treatment period <i>plus</i> follow-up period	834	(1481)	3803	(4507)	-2969	+676 to +5600
Total cost during treatment and follow-up period	6303	(3513)	10,632	(7234)	-4329	+278 to +8370
<i>Sensitivity analysis 1</i> : informal care cost based on average gross hourly earning (£11.47)	6197	(3443)	10,220	(6834)	-4023	+164 to +7869
<i>Sensitivity analysis 2</i> : informal care cost based on minimum wage (£4.85)	6147	(3462)	10,137	(6832)	-3990	+123 to +7846



Enfermedad de Parkinson

Perspectiva SNS

Cost-effectiveness of A versus comparators							
	Incremental costs			Incremental utility			ICUR
	base case	p2.5	p97.5	base case	p2.5	p97.5	
A vs B	12.628 €	-1.776 €	22.545 €	0,34	0,17	0,53	36.638
A vs C	900 €	-18.476 €	17.993 €	0,09	-0,16	0,38	10.153

Perspectiva social

Cost-effectiveness of A versus comparators							
	Incremental costs			Incremental utility			ICUR
	base case	p2.5	p97.5	base case	p2.5	p97.5	
A vs B	9.433 €	-1.776 €	22.545 €	0,34	0,17	0,53	27.369
A vs C	-453 €	-18.476 €	17.993 €	0,09	-0,16	0,38	-5.108

Conclusiones

La inclusión de los costes sociales nos acerca al concepto de coste de oportunidad de una intervención: beneficio que se obtendría de los recursos utilizados en ésta, si fuesen empleados en la mejor intervención alternativa posible.

Lo relevante no es tanto qué recursos se destinan a una intervención, sino qué podría hacerse con esos recursos si NO se utilizasen en esa intervención.

Y lo relevante es tener en cuenta recursos que se pierden o se emplean de un modo no previsto a consecuencia de una enfermedad o problema de salud

Conclusiones

- El creciente impacto de la EEIS por su utilización cada vez más decidida en la toma de decisiones sanitarias ha impulsado la necesidad de contar con una serie de normas metodológicas que regulen la realización de estos trabajos
- En algunos rasgos esenciales (elección de comparadores, población sujeta al estudio, horizonte temporal a emplear, aplicación de tasas de descuento, necesidad de realizar análisis de sensibilidad, necesidad de presentar los resultados en términos incrementales) existe un consenso prácticamente generalizado en las guías de los países analizados

Conclusiones

- En cambio, hay otros aspectos, más cercanos al ámbito normativo que al técnico (perspectiva a emplear, costes que deben ser incluidos) donde las distintas naturalezas, atribuciones y visiones de los agentes encargados de la realización de guías o recomendaciones metodológicas hace complicado unificar criterios a nivel internacional.
- La consideración (o no) de los costes no sanitarios (cuidados formales, cuidados informales, pérdidas laborales) pueden alterar significativamente los ratios coste-efectividad de las intervenciones comparadas
- Por tanto, su inclusión o no, no es una cuestión menor

Discusión

- Lo que hemos de preguntarnos es si estos costes no sanitarios son o no elementos decorativos de más o menos complejos estudios teóricos.
- O, por el contrario, son una carga real que ha de ser soportada por personas concretas o repartidas entre toda la sociedad.
- Y, en este segundo caso, cómo debemos incorporarlos (método) y cuál debe ser la ponderación (juicio de valor) entre costes sanitarios y no sanitarios que deben tener en cuenta los responsables en el proceso de toma de decisores.

Muchas gracias por la paciencia

juan.olivamoreno@uclm.es

