

# Evaluación económica de los tratamientos psicológicos

Joaquín Pastor Sirera

Clínica de Psicología y Salud - Xàtiva

GlobalC Psicólogos - Valencia

[www.psicoclinica.es](http://www.psicoclinica.es)

[cpsalud@cop.es](mailto:cpsalud@cop.es)

VII Reunión Anual de la SEPCyS

Salamanca, 8 de mayo de 2010



# ¿Qué entendemos por evaluación económica?

La evaluación económica es un análisis comparativo de opciones alternativas atendiendo a los costes y sus consecuencias, cuyo objeto es ayudar al decisor a asignar recursos del modo más eficiente posible.

La eficiencia se considera como la maximización de las ganancias en salud dados los recursos limitados que tenemos a nuestro alcance.



# Marco normativo de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias (I)

Disposiciones que prevén el papel de la evaluación –incluida la económica- en la aprobación de utilización de las tecnologías y en la actualización de las prestaciones financiadas con cargo a fondos públicos:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley de Uso Racional y Garantías de Medicamentos y Productos Sanitarios de 28 julio de 2006.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.



# Marco normativo de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias (II)

La ORDEN SCO/3422/2007, de 21 de noviembre por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud :

Artículo 6.8: “Los informes resultantes deberán recoger los resultados de la valoración que se haya realizado sobre la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad sanitaria de la técnica, tecnología o procedimiento, así como las repercusiones éticas, legales, sociales, organizativas y económicas de su implantación, la comparación de su utilidad respecto a otras técnicas, tecnologías o procedimientos disponibles y, si procede, recomendaciones sobre las condiciones más idóneas para aplicar esta técnica, tecnología o procedimiento”.



# Componentes a incluir en una evaluación económica

- Un grupo de comparación (p ej. antidepresivos vs TCC)
- Perspectiva desde la que se analiza: (Sociedad en su conjunto, sistema sanitario, profesionales, pacientes y familiares)
- Datos de coste
- Datos de efectividad
- Método de combinación de costes y efectos (AMC, ACE, ACU, ACB)



# Tipos de evaluación económica

- Análisis de minimización de costes (AMC): Determinación de la menos costosa entre las intervenciones alternativas en que se asumen resultados equivalentes.
- Análisis coste-eficacia (ACE): una comparación de los costes en unidades monetarias con los resultados en términos cuantitativos no monetarios, por ejemplo, reducción de la mortalidad o morbilidad
- análisis coste-utilidad (ACU): una forma de análisis coste-efectividad que compara los costes en unidades monetarias con los resultados en términos de su utilidad, usualmente para el paciente, medido, por ejemplo, en AVAC (Años de vida ajustados por calidad)
- Análisis coste-beneficio (ACB): compara los costes y beneficios, cuantificados ambos en unidades monetarias comunes.



# Tipos de costes

**Costes directos:** son los relacionados directamente con la tecnología sanitaria evaluada. Se clasifican en:

**Sanitarios:** personal, hospitalización, pruebas diagnósticas, intervenciones, medicamentos.

**No sanitarios:** transporte al hospital, infraestructuras, servicios sociales, cuidados informales, etc.

**Costes indirectos:** relacionados con cambios en la capacidad productiva del individuo: mortalidad, incapacidad laboral, prestaciones por incapacidad.

**Costes intangibles:** son los costes relacionados con el dolor, sufrimiento o daño moral de los pacientes. Debido a su difícil cuantificación no suelen incluirse en los estudios de evaluación económica.



# Coste socioeconómico de los trastornos mentales en España (año 2002) (Oliva-Moreno et al. 2009)

- ✓ Coste Total: 7.019 millones €
- ✓ Costes sanitarios directos (39.6%, Hospitalización, urgencias, atención primaria y especializada, fármacos): 2.777 m. €
- ✓ Costes indirectos: (17,7%, cuidados informales, carga familiar): 1.245 m. €
- ✓ Costes por pérdida de productividad laboral (42,7%, Incapacidad temporal, Incapacidad permanente, muerte prematura): 2.997 m. €



# Costes de Oportunidad

¿Qué otra cosa se podría haber hecho con los recursos que se destinaron a la intervención?

Ejemplo: En UK, el uso de antidepresivos ISRS se triplicó durante la década de 1991-2001, incrementando el gasto en £310 millones.

Con estos recursos se hubiese podido contratar 26 psicólogos por área de atención primaria (Primary Care Trust), que hubiesen realizado 1,56 millones de secuencias de tratamiento psicológico (6 sesiones).

Hollinghurst, Kessler, Peters y Gunell, 2005



# ¿Qué es una intervención coste-efectiva en España?

**Tabla 4. Coste-efectividad de varias intervenciones sanitarias en España**

Intervención	Coste-efectividad (euros por AVG)	Referencia
Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico (varones, 65-69 años)	4.506	33
Drotrecogina alfa (activada) frente a tratamiento estándar	9.800	
Tratamiento hormonal sustitutivo frente a no tratamiento (mujeres de 50 años)	19.564	34
Captopril en HTA (PAD > 105 mmHg) (varones de 40 a 49 años)	25.545	35
Interferón alfa y rivabirina frente a interferón alfa en hepatitis crónica B leve (pacientes de 60 años)	38.189	36
Lovastatina en hipercolesterolemia (> 300 mg/dl) (varones de 65 a 69 años)	59.255	37
Vacunación neumocócica frente a no vacunación población de 5 a 24 años	69.416	38
Gemfibrocilo en hipercolesterolemia (> 300 mg/dl) tras tratamiento dietético (varones de 65 a 69 años)	94.635	37
Colestipol en hipercolesterolemia (> 300 mg/dl) tras tratamiento dietético (varones de 65 a 69 años)	194.900	37

AVG: años de vida ganados; HTA: hipertensión arterial; PAD: presión arterial diastólica.

- Sacristán et al. (2002): Cifran el umbral en 30.000€ por AVACG



# Criterios para la toma de decisiones basadas en datos para la atención en salud mental

(Baker, McFall y Shoham, 2008)

- Eficacia
- Efectividad (potencial de diseminación)
- Relación Coste-efectividad
- Plausibilidad Científica
- Relevancia para el sistema sanitario: Papel de los ciudadanos, gestores, profesionales y políticos



# Limitaciones en el alcance de una evaluación económica

- Todavía escasa utilización de la evaluación económica en España.
- Limitado impacto en las decisiones de política sanitaria
- Función de ayuda en la negociación del precio de una nueva tecnología (generalmente medicamentos) y en el proceso de decisión sobre su inclusión o exclusión del sistema de financiación pública
- Incorrecta asociación de evaluación económica con contención de costes
- Escasez de datos de calidad para realizar EETS



# Análisis económico del proyecto de tratamiento psicológico IAPT en el Reino Unido (Layard, Clark, Knapp y Mayraz, 2007).

- ✓ Coste (tratamiento por paciente) 750£
- ✓ Beneficios a la sociedad:
  - ✓ Incremento de productividad: 1.100£
  - ✓ Ahorro en gasto sanitario: 300£
  - ✓ QALY/AVAC ganados: 3.300£
    - ✓ Total 4,700£
- ✓ Beneficios al Exchequer (Tesoro Público)
  - ✓ Impuestos/cotizaciones: 900£
  - ✓ Ahorro en gasto sanitario: 300£
    - ✓ Total 1,200£



# Por qué el tratamiento psicológico puede reducir costes sanitarios (Donabedian, 1976)

- Los pacientes que reciben psicoterapia se vuelven más receptivos a la hora de recibir tratamiento médico
- La ayuda psicológica contribuye a mejorar el cumplimiento de las prescripciones médicas
- La mejora de la salud mental (“Bienestar Psicológico”) contribuye a mejorar la salud física
- Las intervenciones psicológicas pueden en ciertos pacientes sustituir a otras intervenciones médicas, disminuyendo el número de visitas a médicos de cabecera (p.ej en hiperfrecuentadores) por razones de salud mental o enfermedad crónica



# Tratamiento psicológico y reducción de costes sanitarios: Primeros estudios

- La aseguradora Kaiser Permanente descubre a mitad de los años 50 que el 60% de las visitas médicas están causadas por factores emocionales o somatización e introduce la atención psicológica en su cartera de servicios (Follette y Cummings, 1967) el efecto de reducción de costes disminuye a partir de 8 sesiones.
- Una revisión de 12 estudios (Jones y Vischi, 1980) halla decrementos de uso de servicios de salud de entre 5% a 85% con una media del 20% de reducción tras recibir psicoterapia
- Una metaanálisis de 58 estudios (Mumford et al, 1984) encuentra efectos de compensación (cost-offset) y reducción de costes en el 85% de los estudios evaluados. Se redujo la utilización hospitalaria en un 73,4% y la atención ambulatoria en un 22,6%.



# Tratamiento psicológico y reducción de costes sanitarios (II)

- Gabbard, Lazar, Hornberger y Spiegel (1997) : Revisión sistemática de 18 estudios. Concluyen que el tratamiento psicológico parece tener un impacto económico favorable en la sociedad y que gran parte de ese impacto se deriva de las reducciones en ingresos hospitalarios y disminución de la incapacidad laboral. Señalan que las deficiencias metodológicas impiden extraer conclusiones claras.
- Chiles, Lambert y Hatch (1999) Metaanálisis de 91 estudios. El 90% de los estudios hallan disminución de costes. Reducción de un 23% de costes sanitarios tras terapia individual y un incremento del 9% en grupo de control de no tratamiento.



# Estudios de coste-eficacia en Depresión (I)

- La TCC es tan coste-efectiva o más que los antidepresivos, especialmente a largo plazo (Antonuccio et al., 1997; Revicki et al., 2005)
- Desde la perspectiva del sistema de atención de la salud, la TCC es más coste-efectiva en relación con los recursos comunitarios existentes de intervención. Revicki et al., 2005. (coste: 27\$ por día sin depresión)
- Durante un período de dos años, los costes de la fluoxetina (prozac) combinada con TCC fueron un 33% superiores a la TCC sola (Antonuccio et al., 1997).



# Estudios de coste-eficacia en Depresión (II)

- La combinación de la TCC con la medicación puede ser coste-efectiva en el tratamiento de la depresión severa, (Simon et al., 2006: coste: 5787£ por AVAC ganado). Aunque las relaciones formales de dosis-respuesta no se ha establecido con la TCC-CT, una gran cantidad de investigaciones sugieren que entre 10 a 20 sesiones producen efectos óptimos (Feldman, 2007).
- Sava, Yates, Lupu, Szentagotai y David (2009) en un estudio de coste-utilidad entre TCognitiva, RBCT y fluoxetina hallan que la terapia más coste-efectiva es RBCT con 23,44\$ por día libre de depresión y la Tcognitiva cuesta 1638\$ por AVACG mientras que la fluoxetina cuesta 2287\$ por AVACG .



# Estudios de coste-eficacia en Trastorno de pánico

- El coste a largo plazo y el perfil de coste-beneficio de la TCC para el trastorno de pánico son más favorables que la farmacoterapia (McHugh et al., 2007, Otto et al., 2000).
- La combinación de la TCC con psicofármacos cuando se administra a pacientes de atención primaria incrementa los años de vida ajustados por calidad a un coste comparable al que se logra con intervenciones preventivas como el tratamiento farmacológico de la hipertensión y la hipercolesterolemia (Katon et al., 2006, cf. Heuzenroeder et al., 2004).
- Otto, Pollack y Maki (2000) Calcularon costes-eficacia en pacientes agorafóbicos con un tratamiento de 4 meses. Costes de farmacoterapia incluyendo visitas = \$ 2.305 USD, TCC individual = (\$ 1,357) o grupo de TCC = (\$ 523).



# De los tratamientos empíricamente validados a los tratamientos económicamente viables

(Cummings, 2007; Baker, McFall y Shoham, 2008)

- En el futuro, el uso e inversión en intervenciones psicológicas estará determinado por una serie de dimensiones que por lo general no se consideran en los debates sobre la eficacia de la psicoterapia y terapias con respaldo empírico.
- Los psicólogos, como colectivo no hemos hecho una investigación adecuada del mercado, no nos hemos preguntado a nosotros mismos: ¿Qué necesitan saber los que toman las decisiones para poder apoyar una determinada intervención? Deben saber los rangos generales de costes y beneficios de un tratamiento, cómo ha ser implementado para ser eficaz, cómo expandir sus beneficios a través de una serie de dimensiones contextuales, su grado de plausibilidad científica (que refleja su credibilidad), y qué ventajas tiene sobre otras opciones, incluyendo la de no hacer nada.



# Implicaciones (I)

- Los investigadores en Psicología Clínica han de participar directamente en el análisis económico formal de las diversas alternativas de tratamiento, aportando y utilizando datos de prevalencia, costes sociales de diferentes condiciones clínicas y respuesta al tratamiento en diferentes poblaciones. La investigación de resultados ha de incorporar componentes de coste-eficacia (Fals-Stewart, Yates, y Klostermann, 2005).
- Los psicólogos clínicos han sido lentos y ambivalentes en responder a la necesidad de datos económicos sobre las evaluaciones y tratamientos. Si no respondemos a estas cuestiones a los gestores de salud, otros profesionales los harán por nosotros (Yates 1997).



# Implicaciones (II)

- La mayoría de evaluaciones económicas son realizadas por grupos profesionales con fuertes intereses en intervenciones biomédicas y farmacéuticas (por ejemplo, la *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*). Por tanto, los encargados de tomar las decisiones sólo obtienen información sobre ciertos tipos de intervención.
- Hay datos de que algunas de estas evaluaciones económicas están sesgadas en favor de la intervención patrocinada por la industria. Se han detectado distorsiones y defectos metodológicos en el análisis económico de fármacos caros como los antipsicóticos atípicos (Basu, 2004) y antidepresivos de última generación (Baker, Johnsrud, Crismon, Rosenheck y Woods, 2003)



# Implicaciones (III)

- Reconocer la importancia de la eficiencia económica no oculta el hecho de que algunos pacientes pueden necesitar de intervenciones psicológicas largas, costosas y complejas dirigidas por clínicos altamente capacitados y con experiencia.
- En el futuro será importante desarrollar contactos institucionales con responsables de decisiones sanitarias, economistas e investigadores de servicios de salud con el objetivo de elaborar una estrategia para el uso sistemático de la evaluación económica y el análisis del impacto presupuestario en las decisiones sobre las intervenciones psicológicas y programas de tratamiento psicosocial en el SNS.