

COLABORACIÓN ESPECIAL**CUESTIONES CONTROVERTIDAS EN EVALUACIÓN ECONÓMICA (I):
PERSPECTIVA Y COSTES DE INTERVENCIONES SANITARIAS**

**Juan Oliva (1), Max Brosa (2), Jaime Espín (3), Montserrat Figueras (4), Marta Trapero (5)
y Key4Value-Grupo I.**

- (1) Universidad de Castilla La Mancha.
- (2) Oblikue Consulting.
- (3) Escuela Andaluza de Salud Pública.
- (4) Novartis.
- (5) Universidad de Castilla La Mancha y Universitat Pompeu Fabra.

Key4Value-Grupo I está formado por: Fernando Antoñanzas (Universidad de La Rioja), Juan Delgado (Hospital Universitario 12 de Octubre), Rodrigo Gutiérrez (Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla La Mancha), José María Labeaga (Universidad Nacional de Educación a Distancia), Félix Lobo (Universidad Carlos III), Julio López Bastida (Universidad de Castilla La Mancha) y Berta Rivera (Universidad de A Coruña).

Declaración de conflicto de intereses: este trabajo ha sido financiado por Novartis. Las personas que han colaborado en el mismo han recibido honorarios, bien por la coordinación del trabajo bien por la asistencia a las reuniones de trabajo y debate.

RESUMEN

La evaluación económica de intervenciones sanitarias ha experimentado un fuerte desarrollo en la última década y cada vez está más presente como herramienta de apoyo en la toma de decisiones sobre financiación pública de prestaciones sanitarias y fijación de precio en Europa. Un elemento necesario para su utilización es que los agentes que realizan las evaluaciones económicas cuenten con unas reglas mínimas de acuerdo sobre aspectos metodológicos. Aunque en algunos de ellos existe un alto grado de consenso, en otros no, por ser más cercanos al ámbito normativo o por haber experimentado avances metodológicos notables en los últimos años.

En este primer artículo, de una serie de tres, debatiremos sobre la perspectiva de análisis y la valoración de los costes en evaluación económica de intervenciones sanitarias empleando la técnica Metaplan. Finalmente, se proponen líneas de investigación para tratar de superar las discrepancias identificadas.

Palabras clave: Economía. Evaluación de resultados. Costes. Costos de la Atención en Salud. Economía y organización de los cuidados de salud. Bioética. Consenso.

Correspondencia

Juan Oliva
Universidad de Castilla la Mancha
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Toledo
Análisis Económico y Finanzas
Cobertizo de San Pedro Mártir s/n
45071. Toledo
juan.olivamorenou@uclm.es

ABSTRACT**Controversial Issues
in Economic Evaluation (I):
Perspective and Costs
of Health Care Interventions**

Economic evaluation of health care interventions has experienced a strong growth over the past decade and is increasingly present as a support tool in the decisions making process on public funding of health services and pricing in European countries. A necessary element using them is that agents that perform economic evaluations have minimum rules with agreement on methodological aspects. Although there are methodological issues in which there is a high degree of consensus, there are others in which there is no such degree of agreement being closest to the normative field or have experienced significant methodological advances in recent years. In this first article of a series of three, we will discuss on the perspective of analysis and assessment of costs in economic evaluation of health interventions using the technique Metaplan. Finally, research lines are proposed to overcome the identified discrepancies.

Keywords: Economics. Outcome Assessment (Health Care). Health care costs. Health Care Economics and Organizations. Bioethics . Methods. Costs. Consensus.

INTRODUCCIÓN

La evaluación económica de intervenciones sanitarias (EEIS) ha alcanzado un fuerte desarrollo en Europa durante la última década. La principal causa de este florecimiento se debe al papel impulsor que están desempeñando las autoridades públicas en su desarrollo, utilizando estas herramientas como elemento clave en las estrategias de adopción y difusión de las innovaciones sanitarias. La evaluación económica trata de dar respuesta a la tensión existente entre la necesidad de incorporar novedades terapéuticas, generalmente más efectivas y, por tanto, con un valor añadido o promesa de mejora de la salud, con el mayor esfuerzo presupuestario que suponen habitualmente para el sistema sanitario. Ante esta compleja situación, los responsables sanitarios tienen el deber de conjugar el acceso de los ciudadanos a los avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud con la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos, la cual podría verse amenazada por la adopción indiscriminada de innovaciones sanitarias¹.

Australia y la provincia de Ontario (Canadá) fueron pioneras cuando en 1993 y 1994, respectivamente, se ayudaron de la EEIS en sus procesos de financiación pública y fijación de precio de los medicamentos². Con posterioridad, otras tecnologías sanitarias tuvieron que superar este filtro o barrera. En Europa, aunque vienen funcionando habitualmente agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (AETS) desde los años 90, la experiencia del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), creado en el año 1999, supuso un antes y un después en el papel y la influencia jugadas por este tipo de organismos en el proceso de toma de decisiones. El debate y el cambio cultural que ha supuesto la existencia y el trabajo desempeñado por el NICE en estos años ha contribuido, sin duda, a modificar la visión sobre las responsabilidades de las AETS, subrayando las potenciales ventajas de contar con sus recomendaciones, suavizando reti-

cencias hacia la labor de este tipo de agentes y facilitando la aparición de agencias con objetivos similares en otros países europeos durante los últimos años, como Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia, Hungría, Noruega, los Países Bajos, Polonia, Portugal y Suecia^{3,4}.

Además de la necesidad sentida de contar con una herramienta centrada en la dimensión de la eficiencia y que, por tanto, contemple el coste de los recursos con el valor terapéutico y social de las innovaciones en salud⁵, los grandes avances en las técnicas de evaluación económica y el énfasis en emplear datos primarios de calidad en los análisis han fortalecido el proceso. A su vez, un elemento necesario para la utilización de estas herramientas es que los agentes que realizan las evaluaciones económicas cuenten con unas reglas mínimas del juego. Existe un fuerte grado de coincidencia en las guías de los países más destacados por la aplicación práctica de las EEIS en el proceso de toma de decisiones sobre algunos rasgos esenciales de toda evaluación económica (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). En cambio, hay otros aspectos en que no existe dicho grado de coincidencia, por ser más cercanos al ámbito normativo que al técnico o por haber experimentado avances metodológicos notables en los últimos años.

A lo largo de tres artículos se revisan algunos de los elementos centrales que conforman el entramado metodológico de los estudios de evaluación económica de intervenciones sanitarias, mostrando los puntos más controvertidos de los principales debates sobre los métodos en este campo.

Este primer artículo se centra en la perspectiva de análisis y la valoración de los costes en evaluación económica de intervenciones sanitarias. El segundo trabajo

versa sobre controversias metodológicas en las medidas de resultados en salud. El tercer artículo se centra en la evaluación económica de intervenciones sanitarias en tres situaciones especiales: las enfermedades raras, los tratamientos al final de la vida y el manejo de las externalidades en las evaluaciones económicas.

La perspectiva desde la cual se puede realizar el análisis es un elemento clave en la evaluación económica, puesto que debe reflejar el punto de vista más relevante desde el que debe plantearse la evaluación y ello condiciona el tipo de costes y resultados a considerar. Así, no es neutral la elección de la perspectiva del financiador sanitario (en la que todos los recursos sanitarios se incluirían pero no serían relevantes otros recursos empleados o perdidos, como los servicios sociales o las pérdidas laborales), frente a la perspectiva del financiador público (en la que todos los recursos financiados con cargo a presupuestos públicos serían relevantes), frente a la perspectiva del proveedor (por ejemplo, un centro hospitalario, siendo irrelevantes los costes no sanitarios pero también dejarían de serlo los que no son competencia del centro), la del paciente o la de su familia (puesto que pueden tener que asumir importantes cargas, monetarias y no monetarias, ocasionadas por una enfermedad o lesión) y, la perspectiva de la sociedad, la más amplia, (en la que cualquier recurso empleado o perdido a consecuencia de una enfermedad o lesión debe tenerse en cuenta).

En segundo lugar, un aspecto en el que coinciden la totalidad de las guías internacionales de evaluación económica es la pertinencia de incluir los costes sanitarios de las intervenciones evaluadas. Es decir, identificar, medir y valorar los servicios sanitarios provistos en el horizonte temporal relevante de las intervenciones evaluadas. Sin embargo, existen ventajas e inconvenientes en acordar la utilización de un repositorio oficial y centralizado de costes unitarios

frente a realizar valoraciones específicas por centro o, en el caso de España, por cada Comunidad Autónoma.

En tercer lugar, en caso de adoptar una perspectiva social, existen dos tipos de métodos para identificar, medir y valorar las pérdidas laborales ocasionadas por enfermedades y lesiones: el enfoque del capital humano y el de los costes de fricción. Ambos parten de supuestos metodológicos muy distintos⁶⁻¹¹ y ello se traduce en importantes diferencias en la estimación de resultados¹²⁻¹⁵.

Finalmente, los estudios de costes de la enfermedad y las evaluaciones económicas realizadas en procesos o lesiones que suponen deterioro físico y cognitivo grave han revelado la importancia de los cuidados prestados por la familia y el entorno afectivo de una persona cuya autonomía se encuentra limitada, también denominados cuidados informales. Aunque es un área incipiente de investigación y, por tanto, existen muchas preguntas abiertas sobre los mejores métodos de medición del tiempo de cuidado, de sus efectos positivos (sobre cuidadores y pacientes) pero también negativos (sobrecarga de los cuidadores), un aspecto muy relevante se refiere a la mejor manera de valorar el tiempo de cuidado, existiendo tres métodos ampliamente empleados en la literatura: método del coste de oportunidad, método del coste de reemplazo y valoración contingente (disposición a pagar/disposición a ser compensado)¹⁶⁻¹⁹.

El objetivo de este estudio fue obtener un consenso sobre estas cuestiones o, alternativamente, identificar puntos de acuerdo y de disensión así como proponer líneas de investigación para tratar de superarlas.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología seguida en este trabajo se estructuró en cinco fases. En la primera el equipo coordinador identificó y agrupó en bloques temáticos los elementos controvertidos de mayor interés para los debates.

COMENTARIOS

En la segunda se seleccionó a tres grupos de expertos que formarían parte de las reuniones. Hubo consenso entre los coordinadores en que parte de los expertos lo fueran en evaluación económica. Sin embargo, para enriquecer el debate y que afloraran puntos de vista alternativos, también debían estar presentes gestores, economistas reconocidos no especializados en EEIS, clínicos, quienes son potenciales usuarios de la información que contienen los EEIS pero no son habitualmente autores de este tipo de análisis, así como otros líderes de opinión capaces de reflejar otros puntos de vista de la sociedad. El número de participantes se estableció entre 7 y 9 por sesión, para aprovechar al máximo la técnica de discusión planteada.

En la tercera fase se llevó a cabo una revisión narrativa de los principales aspectos relacionados con el ámbito de interés, en este caso la perspectiva y la medida de los costes en la EEIS, describiendo el estado actual del tema e identificando los aspectos con un mayor nivel de indefinición en la literatura nacional e internacional.

En la cuarta fase se utilizó la técnica Metaplan para debatir los principales temas identificados previamente en la revisión de la literatura. El Metaplán²⁰ es un *brainstorming* estructurado ideado para vehicular el debate, parecido en su estructura y desarrollo a la técnica de grupo nominal, que se basa en un proceso combinado de reflexión individual y posterior visualización de las ideas escritas en cartulinas por todos los participantes en paneles compartidos, para su puesta en común y debate. La discusión, moderada a partir de las ideas aportadas por todos los participantes de cada sesión, permitió identificar diversos subtemas de discusión y el grado de consenso sobre los mismos. En la última fase, a partir de los resultados de las sesiones de brainstorming, se formularon las líneas de investigación a desarrollar en cada uno de los ámbitos considerados, las cuales se describen en el apartado de líneas de avance de cada uno de los artículos de la serie.

Ante la cuestión de qué perspectiva sería más deseable incluir en las evaluaciones económicas de intervenciones, programas o políticas sanitarias, si bien existen fundados motivos para apuntar las bondades de la perspectiva de la sociedad como punto de vista predominante en las evaluaciones económicas^{21,22}, a efectos prácticos algunas guías internacionales de varios países parecen decantarse por esta opción^{23,24} pero otras, en cambio, han señalado la perspectiva del financiador sanitario como la más adecuada^{25,26}, dejando abierta, en otros casos, la puerta para la perspectiva de un financiador público más amplio que el sanitario^{27,28}.

Los expertos señalaron la conveniencia de adoptar una aproximación amplia y desagregada, considerando todas las perspectivas propuestas (financiador sanitario, financiador público, perspectiva social) y también la de presentar los resultados de forma separada y diferenciada para cada una de ellas (en este sentido estuvieron de acuerdo con la actual propuesta española y con las guías metodológicas de Holanda, Australia o Canadá)^{24,27,29,30}. Entre las ventajas asociadas a esta aproximación estaría la de facilitar la interpretación (aunque parcial) a distintos usuarios de la información aportada por las EEIS, a la vez que permitiría descubrir las insuficiencias e inconsistencias de perspectivas parciales. En este sentido, cabe señalar que se apuntó como riesgo el que las personas responsables de tomar decisiones pudieran obviar parte de la información proporcionada por el análisis, en caso de que este fuera parcial. También se señaló que sería necesario acudir a perspectivas amplias en sistemas que avancen en la coordinación de la planificación y provisión de servicios sanitarios y sociales. Finalmente, se remarcó que emplear la perspectiva social como única aproximación, sin desarrollar otras perspectivas complementarias, podría restar utilidad a las evaluaciones económicas desarrolladas.

La segunda cuestión, métodos y opciones de valoración más adecuados de los recursos sanitarios (costes unitarios) en las evaluaciones económicas, es un tema con menor aparición en los debates metodológicos teóricos pero de gran relevancia para la transferibilidad de los resultados de los estudios realizados a un medio concreto a otros ámbitos³¹⁻³⁴. La discusión se estructuró a partir de la valoración de dos aproximaciones en principio alternativas: la utilización de un repositorio de costes unitarios oficial y centralizado, por un lado, y la valoración específica por centro y/o comunidades autónomas (CCAA) en cada estudio, por otro. En general, las ventajas asociadas a una de las aproximaciones fueron identificadas como inconvenientes para la otra, pudiendo resumirse en la contraposición entre validez externa (ventaja en el caso del repositorio,

inconveniente en la valoración específica en cada estudio) e interna (inconveniente en la utilización del repositorio, ventaja de la valoración específica en cada estudio).

La **tabla 1** muestra con más detalle las ventajas e inconvenientes asociados a cada una de las aproximaciones. Además, se apuntó la necesidad, en cualquier caso, de estandarizar los métodos de valoración de los costes unitarios y de establecer controles de calidad de los mismos, por un lado, y de presentar el uso de recursos en unidades físicas de forma separada de sus correspondientes costes unitarios, por otro.

La **tabla 2** resume el resultado del debate sobre el mejor método para valorar pérdidas laborales.

Tabla 1 Ventajas e inconvenientes de aproximaciones alternativas a la valoración de costes sanitarios		
	Ventajas	Inconvenientes
Repositorio oficial y centralizado de costes unitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Validez externa y comparabilidad de resultados de los estudios (contribuye a la estandarización en la metodología). • Simplificación: accesibilidad y homogeneidad de la información y los métodos. • Menor coste, ahorros en tiempos y agilización de los estudios de EEIS. • Minimización de sesgos (evitaría comportamientos inadecuados). 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibles sesgos o inconsistencias entre el ámbito de decisión y la representatividad de los datos (¿cómo se contemplaría la dispersión?). • Incapacidad para responder a problemas metodológicos que pueden requerir cierta flexibilidad. • Dificultad en garantizar la calidad de la información. • Dificultad de actualización periódica. • ¿Quién decide y gestiona la base de datos? • Riesgo de potenciales conflictos de intereses a gestionar.
Valoración específica por centro/CCAA en cada estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Validez interna: precisión y exactitud de los datos, cercanía a la toma de decisiones (“refleja mejor la realidad”), adecuación, pertinencia, rigor. • Agilidad en la actualización. • Permitiría (si hay transparencia en los métodos utilizados) comparar estimaciones en distintos ámbitos. • Útil para agregar a niveles superiores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto coste: de la obtención de los datos y de la realización de evaluaciones. • Dificultad de llevar a cabo las estimaciones (método ABC). • Falta de validez externa: problemas de falta de perspectiva global, representatividad y transferibilidad, heterogeneidad metodológica • Posibles sesgos: ¿Quién lo controla, contrata, coordina,....? Riesgo de potenciales conflictos de intereses.

Tabla 2
Ventajas e inconvenientes de aproximaciones alternativas a la valoración monetaria de las pérdidas laborales

	Ventajas	Inconvenientes
Método del capital humano	<ul style="list-style-type: none"> • Simplicidad (producción laboral = salario bruto) y facilidad de aplicación (fuentes de datos accesibles a través del Instituto Nacional de Estadística). • Buen fundamento en la teoría económica (credibilidad). • Facilita la transferibilidad de los resultados. • Permite incorporar la heterogeneidad individual. • Favorece la estandarización. 	<ul style="list-style-type: none"> • La teoría económica exige demasiados supuestos para ligar productividad y salario (rigidez frente a otros métodos más flexibles). • Podría sobrevalorar los costes (especialmente cuando no existe pleno empleo). • Problemas de equidad en la valoración del tiempo de las personas no activas o entre la valoración del tiempo productivo de varones y mujeres.
Método de los costes de fricción	<ul style="list-style-type: none"> • Podría ser más realista (se aproxima mejor a la pérdida de productividad real en economías con elevadas tasas de desempleo). • Mayor precisión y rigor (ventaja puesta en duda-no hubo consenso en el panel). • Capacidad de adaptación a las circunstancias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa fundamentación teórica. • Complejidad en la elaboración y en la aplicación (¿cuándo y hasta cuándo se produce un coste de fricción?, ¿Qué pasa cuando una vacante se sustituye por un trabajador activo?, ¿Una mayor morbilidad se traduciría en una reducción del paro?). • Mayor dificultad de aplicación: muy dependiente del momento (dispersión temporal); estimaciones basadas en estudios muy antiguos (finales años 80) y realizados en otro país. • Podría infravalorar las pérdidas laborales reales.

Cabe destacar que durante las discusiones se constataron las enormes diferencias teóricas de partida entre ambos enfoques⁷⁻¹⁰, lo cual conlleva que las estimaciones realizadas para un mismo problema con diferentes enfoques difieran sustancialmente¹¹⁻¹⁴. Esta circunstancia pone de especial relieve que la elección entre una u otra metodología puede condicionar de manera importante los resultados de las EEIS que incorporen los costes asociados a pérdidas laborales.

Finalmente, al plantearse si alguna de las metodologías de estimación de los costes de cuidados informales podría ser la más adecuada en todas las circunstancias o, alternativamente, qué ventajas e inconvenientes podían ser señalados en cada caso^{16,19}, el método del coste de oportunidad fue calificado como sencillo de implementar y se resaltó su grado de objetividad, facilitando la

comparabilidad entre estudios. No obstante, también se apuntó que la incertidumbre puede tener mucho peso en la estimación de los costes informales mediante este método. Asimismo, se expresó como potencial desventaja el que una misma tarea pueda tener diferente valoración dependiendo de la actividad a la que renuncia la persona cuidadora. Finalmente, se tuvo en cuenta que el método se vería muy limitado si la valoración del tiempo se centrara exclusivamente en las pérdidas laborales de los cuidadores. Por tanto, se ha de tener especial cuidado en valorar tanto el tiempo de trabajo remunerado como el tiempo de trabajo no remunerado (doméstico) y el tiempo de ocio desplazados por las tareas de cuidado^{30,35}.

Por su parte, en el caso del método del coste de reemplazo se señaló como ventaja principal la facilidad en su cálculo y se aso-

ció a un alto grado de rigor metodológico, si bien se reconoció que su estimación podría resultar más complicada, al tener que conocer con detalle las tareas desempeñadas en el tiempo de cuidado. Asimismo, se mencionaron problemas metodológicos asociados al control de la producción conjunta y a la cuestión de la dificultad de comparar el grado de sustituibilidad entre el cuidado formal y el informal (ajuste de la capacidad y formación de los cuidadores).

Finalmente, en el caso del método de la valoración contingente se llegó a un claro consenso sobre su complejidad metodológica y la posibilidad de obtener diferentes resultados según los detalles de la aplicación del método (por ejemplo, el método de la formulación de las preguntas, las cartas de pago, etcétera.), aunque se valoró positivamente su utilidad para estimar los costes del cuidador de una forma creíble para las personas responsables de la toma de decisiones, así como para valorar el cuidado informal en situaciones complejas y en varias dimensiones (esto es, incluyendo en la valoración no únicamente el tiempo de cuidado sino otros aspectos positivos de la labor cuidadora, pero también negativos-carga).

LÍNEAS DE AVANCE

A lo largo del proceso de discusión se identificaron varias líneas de investigación en las que se debería avanzar para mejorar el rigor metodológico de las evaluaciones económicas, facilitar su transferibilidad y reproducibilidad³⁴ y, en suma, incrementar su utilidad en la generación de información relevante para la toma de decisiones. Una parte de ellas refleja cuestiones presentes en la literatura internacional²³⁻²⁹. Otras son propias de tensiones y particularidades presentes en mayor medida en el medio sanitario español^{5, 36, 37}.

En el caso de la perspectiva a emplear en el análisis, el ideal sería contar con todos los puntos de vista posibles. No obstante, si ello no resultara factible, las perspectivas social

y la del financiador sanitario apuntan como las más relevantes, mostrando de manera diferenciada los resultados que se obtienen del análisis bajo una y otra perspectiva. En la medida en la que los servicios sanitarios y los sociales avancen en una mejor coordinación o incluso integración a nivel de planificación³⁸, la perspectiva del financiador puede ser ampliada a ámbitos más allá del estrictamente sanitario. Asimismo, se ha de prestar especial atención a la inclusión o no de transferencias monetarias en el análisis (por ejemplo, subsidios por incapacidad temporal o permanente) en función de la perspectiva empleada (relevantes desde la óptica del financiador público pero no tienen la consideración de costes desde la perspectiva de la sociedad).

En el caso de las aproximaciones alternativas a la valoración de costes sanitarios, un repositorio oficial de costes unitarios sería de gran utilidad en el proceso técnico de las evaluaciones económicas³⁹. No obstante, debería analizarse la traducción práctica de la tensión entre validez interna y externa de los trabajos, comparando los resultados obtenidos de emplear un repositorio de este tipo con los resultados obtenidos de la realización de valoraciones específicas por centro o por CCAA. Las conclusiones alcanzadas sobre los costes sanitarios son extrapolables a los costes de los servicios sociales.

En el caso de las pérdidas laborales se deberían presentar los costes de tiempo remunerado diferenciando entre el tiempo de trabajo perdido debido a ausencias laborales, por productividad reducida durante el tiempo de trabajo debido a la presencia de la enfermedad (“presentismo”) y el tiempo de trabajo que la persona enferma utiliza en obtener los servicios sanitarios. Queda claro que la discusión sobre los dos enfoques propuestos en la literatura está lejos de ser resuelta^{11,40-42}. Contar con dos métodos con hipótesis tan dispares, las cuales obviamente se reflejan en resultados muy distintos, supone un handicap para la puesta en prác-

tica de evaluaciones económicas desde la perspectiva social. En este campo, las líneas de avance pasan por incrementar los trabajos empíricos que profundicen en ambos métodos para revelar sus inconsistencias. A día de hoy no está claro si es posible proponer un método intermedio que tomara parte de cada propuesta para obtener un resultado intermedio¹⁰ o si, por el contrario, el método más adecuado dependerá en cada caso de las circunstancias o el problema estudiado o, como tercera opción, si se debe avanzar hacia la búsqueda de un nuevo enfoque que supere las contradicciones de los anteriores. En este sentido, son líneas de investigación abiertas el desarrollo de herramientas que permitan valorar mecanismos de compensación o efectos multiplicadores ante ausencias laborales, analizar la existencia de periodos de fricción actualizados en distintos países y, en suma, observar y registrar pérdidas de productividad ligadas a bajas laborales. Al tiempo, se debe exigir la mayor transparencia en los estudios para poder replicar los análisis o poder repetirlos modificando la metodología propuesta.

En el caso de los cuidados informales, al ser menos conocidos que los anteriores, una prioridad es generar más información sobre su relevancia en estudios de coste de la enfermedad y a través de su incorporación en las evaluaciones económicas¹⁹. Existe un amplio recorrido investigador en el campo de los cuidados informales, del cual la valoración del tiempo de cuidado es sólo una parte¹⁹. En cuanto al tiempo, los métodos de valoración contingente serían los más sólidos conforme a la teoría económica. Sin embargo, no resulta sencillo en los trabajos aplicados separar la valoración del tiempo de cuidado *per se* de la valoración que realizan las personas cuidadoras de otros aspectos positivos o negativos asociados a las propias tareas de cuidado. En este sentido, los métodos del coste de oportunidad y del coste de reemplazo son alternativas razonables para la valoración

del tiempo de cuidado¹⁶. Algunas líneas de investigación pasarían por avanzar en modelos que traten de inferir las preferencias de las personas cuidadas y de sus cuidadores mediante su revelación (modelos de elección discreta ordenados). Asimismo, serán útiles los trabajos que comparen empíricamente los resultados obtenidos con los tres métodos ante las mismas situaciones⁴³, los que analicen la valoración del tiempo de cuidado prestado/recibido desde las ópticas de la persona cuidadora/persona cuidada¹⁸ y los que avancen en la valoración de tareas específicas, ponderando el nivel de complejidad, esfuerzo e intensidad del cuidado⁴⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliva J, Antoñanzas F, Rivero-Arias O. Evaluación económica y la toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y difusión de tecnologías sanitarias. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22 Suppl 1:137-42.
2. Drummond M, Jönsson B, Rutten F. The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines. Health Policy 1997; 40 (3): 199-215.
3. OECD. Value for money in health spending. París: OECD; 2010.
4. Paris V, Belloni A. Value in Pharmaceutical Pricing. OECD Health Working Papers. 2013; No. 63.
5. Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental, Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 59-70.
6. Grossman M: On the concept of health capital and the demand for health. J Political Econ. 1972; 80(2): 223-255.
7. Grossman M. The Human Capital Model of the Demand for Health. In AJ. Culyer and JP Newhouse (eds.). Handbook of Health Economics. North-Holland. (2000)
8. Koopmanschap MA, van Ineveld BM. Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. Soc Sci Med. 1992; 34:1005-1010.
9. Liljas B. How to calculate indirect costs in economic evaluation. Pharmacoeconomics. 1998; 13:1-7.
10. Krol M, Brouwer W, Rutten F. Productivity costs in economic evaluations: past, present, future. Pharmacoeconomics. 2013; 31: 537-544.

11. Lensberg BR, Drummond MF, Danchenko N, Despiégl N, François C. Challenges in measuring and valuing productivity costs, and their relevance in mood disorders. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2013; 18 (5):565-73.
12. Oliva J, Lobo F, Lopez-Bastida J, Zozaya N, Romay R: Indirect costs of cervical and breast cancer in Spain. *Eur. J. Health Econ.* 2005; 6, 309–313.
13. Hutubessy RC, van Tulder MW, Vondeling H, Bouter LM. Indirect costs of back pain in The Netherlands: a comparison of the human capital method with the friction cost method. *Pain* 1999; 80:201–207.
14. Lofland JH, Locklear JC, Frick KD. Different approaches to valuing the lost productivity of patients with migraine. *Pharmacoeconomics.* 2001; 19:917–925.
15. Marcotte DE, Wilcox-Gok V. Estimating the employment and earnings costs of mental illness: recent developments in the United States. *Soc Sci Med.* 2001; 53:21–27.
16. van den Berg B, Brouwer W, Koopmanschap M. Economic valuation of informal care: An overview of methods and applications. *Eur J Health Econ.* 2004; 5: 36-45.
17. van den Berg B, Brouwer W, van Exel J, Koopmanschap M, van den Bos GA, Rutten F. Economic evaluation of informal care: lessons from the application of the opportunity costs and proxy good methods. *Soc Sci Med.* 2006;62(4):835-45
18. de Meijer C, Brouwer W, Koopmanschap M, van den Berg B, van Exel J. The value of informal care—a further investigation of the feasibility of contingent valuation in informal caregivers. *Health Econ.* 2010; 19(7):755-71.
19. Hoefman RJ, van Exel J, Brouwer W. How to include informal care in economic evaluations. *Pharmacoeconomics.* 2013; 31(12):1105-19
20. Schnelle E. The metaplan method. Communication tools for planning and learning groups. Metaplan series No. 7. Hamburg: Quickborn; 1979.
21. Johannesson, M., Jönsson, B., Jönsson, L., Kobelt, G., Zethraeus, N.: Why should economic evaluations of medical technologies have a societal perspective? OHE Briefing Paper. London: Office of Health Economics; 2009.
22. Jönsson B. Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. *Eur J Health Econ.* 2009 Oct;10(4):357-9.
23. LFN/TLV. General guidelines for economic evaluations from the Pharmaceutical Benefits Board. Solna: The Pharmaceutical Benefits Board; 2003. Disponible en: <http://www.tlv.se/Upload/English/Guidelines-for-economic-evaluations-LFNAR-2003-2.pdf>
24. College voor zorgverzekeringen (CVZ). Guidelines for Pharmacoeconomic Research in the Netherlands. Diemen: CVZ; 2006. Disponible en: <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/publications-in-english/2006/0604-guidelines-for-pharmacoeconomic-research/0604-guidelines-for-pharmacoeconomic-research/Guidelines+for+pharmacoeconomic+research.pdf>
25. Cleemput I, Neyt M, Van de Sande S, Thiry N. Belgian guidelines for economic evaluations and budget impact analyses: second edition. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Report 183C. D/2012/10.273/54.
26. National Institute for Health and Care (NICE). Guide to the Methods of Technology Appraisals. London: NICE; 2013. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/article/pmg9/resources/non-guidance-guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf>
27. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada [3rd Edition]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006.
28. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). General Methods for the Assessment of the Relation of Benefits to Costs (Version 1.0 dated 19/11/2009). Colonia: IQWiG; 2009. Disponible en: https://www.iqwig.de/download/General_Methods_for_the_Assessment_of_the_Relation_of_Benefits_to_Costs.pdf
29. Department of Health and Ageing. Guidelines for preparing submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) (version 4.3). Canberra: Australian Government; 2008.
30. López-Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García A, Gisbert A, Mar J, Puig-Junoy J. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac Sanit.* 2010; 24 (2): 154-170.
31. Sculpher MJ, Pang FS, Manca A, Drummond MF, Golder S, Urdahl H, Davies LM, Eastwood A. Generalisability in economic evaluation studies in healthcare: a review and case studies. *Health Technol Assess.* 2004 Dec;8(49):iii-iv, 1-192.
32. Raikou M, Briggs A, Gray A, McGuire A. Centre-specific or average unit costs in multi-centre studies? Some theory and simulation. *Health Econ.* 2000 Apr;9(3):191-8.
33. Adam T, Evans DB. Determinants of variation in the cost of inpatient stays versus outpatient visits in hospitals: a multi-country analysis. *Soc Sci Med.* 2006 Oct;63(7):1700-10.

34. Antoñanzas F, Rodríguez-Ibeas R, Juárez C, Hutter F, Lorente R, Pinillos M. Transferability indices for health economic evaluations: methods and applications. *Health Econ.* 2009 Jun;18(6):629-43. doi: 10.1002/hec.1397.
35. Puig-Junoy J, Oliva-Moreno J, Trapero-Bertran M, Abellán-Perpiñán JM, Brosa-Riestra M. Guía y recomendaciones para la realización y presentación de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos en el ámbito del CatSalut (Versión preliminar para consulta pública). Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut); 2014.
36. Puig-Junoy J, Oliva J. Evaluación económica de intervenciones sanitarias: el coste de oportunidad de no evaluar. *Reumatol Clín.* 2009; 5(6):241–243.
37. Artells JJ, Peiró S, Meneu R. Barreras a la introducción de una agencia evaluadora para informar la financiación o la desinversión de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2014; 88(2): 217-231.
38. Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2013.
39. National Health Service-England-and Monitor. The NHS payment system: documents and guidance. (Citado el 10 de junio de 2014). Disponible en: <https://www.gov.uk/government/collections/the-nhs-payment-system-regulating-prices-for-nhs-funded-healthcare>.
40. Nicholson S, Pauly MV, Polsky D, Sharda C, Szrek H, Berger ML. Measuring the effects of work loss on productivity with team production. *Health Econ.* 2006;15:111–123.
41. Tilling C, Krol M, Tsuchiya A, Brazier J, Brouwer W. In or out? Income losses in health state valuations: a review. *Value Health.* 2010 Mar-Apr;13(2):298-305.
42. Nyman, JA. Productivity costs revisited: toward a new US policy. *Health Econ.* 2012; 21: 1387–1401.
43. Peña Longobardo LM, Oliva J. Economic Valuation and determinants of informal care to people with Alzheimer's disease (accepted for publication in *The European Journal of Health Economics*).
44. Garrido S, Abellán JM, Sánchez FI. Valoración monetaria de los cuidados informales a partir de la disposición a aceptar de cuidadores y no cuidadores. XXXIII Jornadas de Economía de la Salud. 18-21 de junio de 2013. Santander: Asociación de Economía de la Salud; 2013.