

J. L. Ayuso-Mateos¹
L. Salvador-Carulla²
D. Chisholm³

Medida de la calidad de vida en el análisis económico de la atención a la salud mental

¹ Departamento de Psiquiatría
Universidad Autónoma de Madrid
Hospital Universitario de La Princesa
Madrid

² Universidad de Cádiz
Cádiz

³ Department of Health System Financing
World Health Organization
Suiza

La medición de la calidad de vida constituye un elemento clave en los estudios de economía de la salud y de planificación sanitaria, sobre todo en enfermedades crónicas de alta morbilidad y discapacidad, como ocurre en los trastornos mentales. Este artículo efectúa una revisión crítica del fundamento teórico de la medición basada en la utilidad, los métodos de elaboración de medidas de preferencias o valores de salud y los indicadores sintéticos derivados de estas medidas (años de vida ajustados por calidad y años de vida ajustados por discapacidad). Después se revisa su aplicación práctica en salud mental tanto en estudios de carga de enfermedad como en análisis de coste-utilidad. Es necesario que tanto los investigadores y como los decisores presten especial atención a los diferentes métodos subyacentes y a la elaboración de estimaciones de resultados sanitarios basados en la utilidad.

Palabras clave:

Salud mental. Calidad de vida. Carga de enfermedad. Coste-utilidad. Métodos. AVAD. AVAC.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(1):1-6

Use of quality of life measures in mental health economics and care planning

Quality of life measurement is a key element in health economics and healthcare planning, particularly in chronic diseases associated to high morbidity and disability (i.e., mental disorders). This paper provides a critical review on the theoretical background of utility, on the methods for developing measures based on health preferences or values, and the composite indexes derived from them (DALY and QALY). Then the practical use in mental health is revised both in burden of disease studies and cost-utility analysis. There is an important requirement on the part of mental health researchers and policy ma-

kers alike to pay close attention to the underlying methods and construction of utility-based estimates of health outcome.

Key words:

Mental health. Quality of life. Burden of disease. Cost-utility. Methods. QALY. DALY.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas dos décadas hemos asistido a un creciente interés y demanda por el análisis económico de las intervenciones y de los planes de actuación en salud mental promovido por la preocupación de los gobiernos con respecto al incremento del gasto en sanidad^{1,2}. Las consideraciones relativas al coste y coste-efectividad entran dentro del proceso de reforma de la sanidad, del establecimiento de prioridades en programas de salud y de las decisiones que regulan el precio o aprobación del uso de fármacos. Existe un amplio consenso hoy día respecto a la conveniencia de incluir la información relacionada con la calidad de vida en dicho proceso analítico. Sin embargo, los métodos de evaluación de la calidad de vida dentro del análisis económico son relativamente nuevos y difieren de los métodos clásicos en un número importante de aspectos, siendo éste uno de los motivos por los que sigue existiendo cierta controversia.

A pesar del desarrollo de índices mejorados para determinar la morbilidad o la calidad de vida, los resultados no mortales de las patologías siguen siendo marginados a la hora de establecer prioridades o asignar recursos debido, por un lado, al argumento *rule-of-rescue* (que establece la necesidad prioritaria de intervenir ante todas aquellas enfermedades que supongan una amenaza para la vida) y, por otro lado, a la naturaleza heterogénea (o poco estandarizada si se compara con la muerte) de los indicadores de morbilidad (p. ej., resolución de síntomas de depresión frente a una bajada en la presión sistólica de la sangre en la hipertensión). Si la economía de la salud, en tanto que disciplina, ha contribuido al desarrollo en algún área de la medición de resultados, es en la provisión de un marco que combina mortalidad y morbilidad, en una única medida estandariza-

Renuncia: los puntos de vista aquí reflejados son aquellos contemplados por los autores y no necesariamente los de las organizaciones a las que representan.

Correspondencia:

José Luis Ayuso-Mateos
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de La Princesa
Diego de León, 62
28006 Madrid
Correo electrónico: joseluis.ayuso@uam.es

da, que puede ser usada a nivel poblacional para determinar elecciones o prioridades para la acción y la inversión.

MODOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

La economía es la ciencia que se preocupa de maximizar los beneficios obtenidos a partir del uso de recursos escasos. El cálculo del coste de los escasos recursos sociales necesarios para implementar una intervención sanitaria se lleva a cabo teniendo en cuenta las oportunidades desechadas a la hora de hacer esa inversión. Los beneficios de dicha intervención pueden ser interpretados de diferentes formas; sin embargo, aquí los resumiremos en términos de tres categorías: unidades físicas o naturales, utilidades y valor monetario.

La mayoría de los análisis económicos hacen uso de resultados medidos en unidades naturales, como lo son el número de vidas salvadas y casos en remisión o, en el campo de la salud mental, alivio de síntomas y mejoras en el funcionamiento. Este tipo de evaluación económica se conoce con el nombre de coste-efectividad. Los instrumentos específicos son los más empleados en la medición de los síntomas (p. ej., Escala de Depresión de Hamilton), mientras que otros más genéricos han sido más utilizados para indicar mejoras funcionales (p. ej., *Nottingham Health Profile*, el *Medical Outcomes Study Short-Forms 36* o el *WHO's Disability Assessment Schedule II*). Dichas medidas son capaces de generar para un determinado individuo perfiles bastante estandarizados y, en consecuencia, comparables entre sí en relación a su calidad de vida o discapacidad para diferentes tipos de enfermedades. Sin embargo, tal y como sucede con los instrumentos específicos para determinadas patologías, estas herramientas no se consideran aceptables para ser incorporadas en un indicador compuesto para la evaluación de resultados en salud.

Los indicadores sintéticos de evaluación de resultados en el campo de la salud pretenden reflejar los cambios en los índices de mortalidad y morbilidad. Tal es el caso, por ejemplo, del *Quality-Adjusted Life Year (QALY)* y el *Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. El QALY, por ejemplo, puede ser entendido como el producto entre la esperanza de vida y una medida ajustada de la calidad ganada para los años de vida restantes. La característica clave de ambos, el QALY y el DALY, se relaciona con el factor que permite ajustar el tiempo vivido en un determinado estado de salud por la calidad de vida o discapacidad asociada a dicho estado de salud. La evaluación de dicho factor de ajuste de calidad es realizada con referencia a la teoría de utilidad esperada que busca revelar las preferencias que aparecen asociadas a cada uno de los diferentes estados de salud (en una escala de intervalos estandarizada que refleja distintos estados de salud, contemplando desde la plena salud hasta la muerte). De acuerdo con el modelo de utilidad, la adecuación de las medidas del estado de salud para establecer prioridades, mejora si se incorporan medidas de preferencia, así como cuando las medidas de los elementos más relevantes (mortalidad y

morbilidad) puedan ser agregadas en un solo indicador. Dicho enfoque, desarrollado con más detenimiento a continuación, ha dado impulso al término análisis coste-utilidad entendido como un modelo de evaluación económica.

En la medición final de los resultados no sólo los *inputs*, sino también los *outputs* de las intervenciones son convertidos en unidades monetarias, dejando a un lado normas de decisión simples referentes al coste de una única intervención (los beneficios económicos deben superar los costes) o de varias intervenciones (eligiendo aquellas que presenten una mayor *ratio* de beneficios monetarios con respecto a los costes). En la evaluación económica esta forma de análisis es conocida como análisis coste-beneficio. A pesar de todo lo expuesto existen ciertas dificultades a la hora de implantar dicho modelo en el terreno de la psiquiatría y demás campos relacionados dado que requiere una evaluación monetaria de todas las mejoras en salud, incluyendo el control de la sintomatología, las mejoras en el funcionamiento y la calidad de vida e incluso las pérdidas de bienestar asociadas a los efectos secundarios derivados de algunos medicamentos³.

LAS MEDIDAS DE UTILIDAD

Desde una perspectiva histórica, la teoría del coste-utilidad está fundamentada sobre la «teoría de la utilidad esperada», concebida por Daniel Bernouilli en 1738 y formalizada por Von Neumann y Morgenstern a finales de 1940. De acuerdo con esta teoría todo resultado derivado de la elección entre dos alternativas (preferencia) produce un cierto grado de satisfacción o utilidad. La utilidad subjetiva (la satisfacción derivada de la alternativa elegida) difiere de las ganancias monetarias objetivas esperadas en diversos aspectos, como lo son la asunción de riesgos, la certeza en la elección, el grado de probabilidad o las experiencias previas y conocimientos. Así, por ejemplo, las elecciones asociadas a ganancias están relacionadas con la aversión al riesgo, mientras que aquellas que tienen que ver con pérdidas lo están a la asunción de riesgos, y esto es así incluso cuando los cambios monetarios esperados son los mismos en ambas elecciones. Cuando la certeza aparece incluida como una alternativa, las elecciones de baja probabilidad son sobreestimadas y las de probabilidades altas o intermedias son infraestimadas, produciéndose un cambio en la asunción del riesgo. La función económica «valor» proporciona una descripción de la relación existente entre el valor subjetivo y la cantidad objetiva que pueden ser ganados o perdidos. Weinstein et al. precisaron las facetas del análisis del coste-utilidad en el año 1970, describiendo el QALY como la eficacia neta de la alternativa en cuestión expresada mediante las compensaciones entre supervivencia adicional y calidad de vida. Williams⁴ introdujo el QALY en el Reino Unido bajo un modelo diferente basado en la clasificación de estados de enfermedad y su matriz asociada para ponderar el «valor de la vida» en cada estado. A lo largo de las últimas dos décadas nuevos sistemas de clasificación y toda una variedad

de técnicas de evaluación han sido utilizadas en el análisis coste-utilidad.

MEDIDAS DE UTILIDAD EN LA PRÁCTICA: APLICACIONES A LA SALUD MENTAL

¿De qué forma han sido empleadas las medidas de utilidad a la hora de elaborar políticas de salud mental o en la asignación de recursos? Vamos a ilustrar esta cuestión con tres ejemplos: como una medida resumen de la carga de la enfermedad para la salud poblacional (DALY atribuidos al trastorno mental), como medida del resultado para el análisis coste-utilidad a nivel poblacional (DALY evitados por una intervención en salud mental) y como medida del resultado para el análisis coste-utilidad del tratamiento de la depresión en atención primaria (QALY ganados por la intervención).

Carga global de los trastornos mentales

Los responsables de la toma de decisiones y los expertos en salud pública buscan guías racionales para establecer las prioridades en salud, evaluar los resultados de las intervenciones y las reformas en asistencia sanitaria y monitorizar los cambios en el tiempo tanto a nivel local, nacional, regional como global. Las estimaciones de las necesidades de los servicios sanitarios, su coste y efectividad requieren indicadores que vayan más allá de las simples medidas del índice de mortalidad y de diagnóstico y que incluyan el «funcionamiento» de las personas. En respuesta a dicha necesidad, el primer estudio de «Carga global de la enfermedad» (CGE) fue llevado a cabo en la década de 1990 por la Universidad de Harvard en colaboración con el Banco Mundial y la OMS. El estudio buscaba proporcionar un conjunto de «medidas resumen» que proporcionaran información sobre las enfermedades y las lesiones (incluyendo aquellas con resultados no mortales) de cara al establecimiento global de prioridades en el campo de la investigación en salud y para guiar las políticas y la planificación sanitaria internacional⁵. Al margen de generar estimadores consistentes de mortalidad y morbilidad por edad, sexo y región, el estudio CGE introduce una nueva medida (de utilidad) —años de vida ajustados por discapacidad (DALY)— para cuantificar la carga de la enfermedad. El DALY es una medida compuesta de la salud de la población que recoge, bajo un único indicador, los años de vida perdidos por muerte prematura y los años vividos con discapacidad. Un DALY puede ser entendido como un año de «vida saludable» perdido y la carga de la enfermedad entendida como la medida de la diferencia entre el estado de salud actual y una situación ideal en la que todo el mundo vive hasta una edad avanzada libre de enfermedad y de discapacidad. Los DALY son medidas de resultados en salud en tiempo determinado, similares a los años de vida ajustados por calidad, que incluye peso por tiempo pasado en un estado de salud peor que perfecto, con un rango que oscila del 0 (salud perfecta) al 1 (fallecimiento), de tal forma que

los valores más elevados implican una mayor discapacidad y, por tanto, un peor resultado. Para una demostración de cómo calcular el DALY para el trastorno depresivo remitimos al lector al trabajo de Ustun et al.⁶

Los resultados del estudio CGE de 1990 sacaron a la luz la sustancial y previamente poco reconocida carga de los trastornos neuropsiquiátricos. Los trastornos neuropsiquiátricos para los que el estudio CGE presentó sus estimaciones fueron: depresión mayor unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo de alcohol, demencia, Parkinson, esclerosis múltiple, consumo de drogas, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico. Uno de los principales hallazgos del estudio CGE, una vez que fueron calculadas las estimaciones que iban más allá de la mortalidad hasta incluir morbilidad (discapacidad), fue que los trastornos mentales (que producen discapacidad, pero no matan) son uno de los principales causantes de carga en todo el mundo, puntuando tan alto como los trastornos cardiovasculares y respiratorios y sobrepasando a los tumores malignos combinados o al VIH. El estudio demostró cómo el trastorno depresivo unipolar produce una enorme carga en la sociedad; de hecho ha sido estimado como el cuarto causante de carga de entre todos los trastornos, acumulando más de 50 millones de años de vida saludable perdidos en todo el mundo⁶. Dicho alto índice de carga es debido a una combinación de alta prevalencia de depresión, alto impacto sobre el funcionamiento y edad temprana de inicio. A pesar de que los resultados del estudio CGE muestran ciertas variaciones en función del país y la región, los patrones y tendencias son muy similares en todo el mundo. Los trastornos mentales constituyen una proporción importante del total de carga de enfermedad tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados.

Análisis sectorial de coste-utilidad de las intervenciones en salud mental

A pesar de tratarse de uno de los objetivos principales del estudio CGE, lo cierto es que hasta la fecha sólo se ha establecido una conexión limitada entre las medidas resumen del estado de salud de la población y la generación de evidencias científicas a partir de los estudios de coste-efectividad. Dicha conexión se plantea necesaria si tenemos en cuenta que el DALY no es autosuficiente como mecanismo para la asignación de recursos o para la estimación de prioridades dentro del campo de la salud. En otras palabras, el tamaño de la carga atribuible no es en sí mismo suficiente para guiar a la acción. De cara al establecimiento de prioridades y a la asignación de recursos, resulta más pertinente preguntarse cuál es la carga evitable de un trastorno particular mediante del uso de intervenciones basadas en la evidencia y cuál es el coste relativo de su implementación para la población objetivo. Dicho análisis podría revelar la respuesta que es técnicamente más eficiente frente a la carga atribuible a un trastorno en particular.

A través del proyecto WHO-CHOICE (*Choosing Interventions that are Cost-Effective*) la OMS se ha embarcado recientemente en una nueva iniciativa para establecer bases de datos del coste-efectividad de determinadas intervenciones clave en 14 subregiones epidemiológicas del mundo⁷. Dentro de dicho programa de trabajo se ha contemplado también un análisis comparativo del coste-efectividad de diferentes intervenciones con el fin de reducir la carga asociada a los trastornos neuropsiquiátricos más importantes. Este programa aboga por una forma «generalizada» del análisis coste-utilidad en que ambos, el coste y los efectos tanto de las intervenciones actuales como de las nuevas, sean comparados con el punto de partida de «no hacer nada». En consecuencia, los costes y la efectividad de las intervenciones farmacológicas y psicológicas en atención primaria o en los dispositivos de atención especializada se comparan en un modelo poblacional con una situación epidemiológica que representaba la historia natural sin tratamiento de dicha enfermedad. Los efectos han sido medidos en términos de DALY (p. ej., carga reducida), mientras que los costes se han expresado en dólares.

Hasta la fecha nuestro grupo ha publicado los resultados de la aplicación de la metodología WHO-CHOICE a los siguientes trastornos neuropsiquiátricos: los trastornos depresivos⁸, el trastorno bipolar⁹, el abuso de alcohol¹⁰ y la epilepsia¹¹. En comparación con la situación epidemiológica de no tratamiento (historia natural), se espera que la estrategia más coste-efectiva para disminuir la carga de la psicosis en regiones en desarrollo sea una intervención combinada de antipsicóticos o estabilizadores del humor de primera generación, junto con tratamiento psicosocial, facilitados a partir de un modelo de servicios basado en la atención comunitaria a pacientes externos. Con una *ratio* de coste-efectividad en las regiones de África subsahariana y del sur de 4.200-5.500 dólares y de hasta 10.000 dólares en las regiones de ingresos medios¹². Actualmente, el alto precio de adquisición de fármacos antipsicóticos de segunda generación ha hecho que su uso en las regiones en desarrollo sea cuestionable en cuanto a su eficiencia, aunque dicha situación está en proceso de cambio debido a que estos fármacos quedan pronto fuera de patente. En contraste, la evidencia demuestra cómo el relativamente modesto coste adicional generado a partir de la implantación de la terapia psicosocial se traduce en importantes ganancias en el campo de la salud, de tal forma que en el caso de la esquizofrenia y el trastorno bipolar el tratamiento combinado resulta más rentable que la farmacoterapia por sí sola. Si nos referimos a casos de trastornos mentales más comúnmente tratados en atención primaria (como lo son la depresión o los trastornos de ansiedad), la estrategia más coste-efectiva es aquella que implica una administración escalonada, de forma ascendente, de antidepresivos antiguos (debido a que tienen un coste más bajo que los nuevos y producen prácticamente los mismos efectos). Sin embargo, dado que el margen de precio existente entre los antidepresivos más antiguos y los genéricos más recientes sigue disminuyendo, los genéricos inhibidores selectivos de la recaptación de seroto-

nina (ISRS) pueden resultar al menos tan rentables como los otros y, por tanto, representar una opción de tratamiento para el futuro a escala global. Teniendo en cuenta que la depresión es un trastorno de común recurrencia, existen suficientes motivos para pensar que un programa de tratamiento proactivo que incluya un tratamiento con antidepresivos a largo plazo en aquellos pacientes que deban seguir un tratamiento de mantenimiento representa una opción coste-efectiva (si hay más recursos disponibles) para reducir significativamente la enorme carga de depresión que existe actualmente en países en vías de desarrollo⁸.

El objetivo del proyecto WHO-CHOICE es determinar la posición relativa de diversas intervenciones en salud utilizando para su clasificación una evaluación de su coste-efectividad que pueda guiar el establecimiento de prioridades dentro del sector sanitario. De acuerdo al criterio de la Comisión de Macroeconomía y Salud (2001)¹³, los resultados de los análisis llevados a cabo por nuestro grupo hasta la fecha indican que: *a*) las intervenciones más eficientes en trastornos mentales comunes pueden ser consideradas como muy coste-efectivas (cada DALY ahorrado supone un coste menor al promedio de ingresos per cápita por año), y *b*) que las intervenciones comunitarias para los trastornos mentales severos que implican el uso de antipsicóticos clásicos y estabilizadores del humor cumplen los requisitos necesarios para poder ser consideradas coste-efectivas (cada DALY ahorrado supone un coste tres veces menor que el PIB per cápita). Estas conclusiones proporcionan, por consiguiente, nuevos argumentos de cara a la toma de decisiones en salud al destacar el valor relativo de invertir en el tratamiento de los trastornos neuropsiquiátricos y en su prevención, ayudando así a eliminar una de las muchas barreras aún existentes para una apropiada respuesta de los sistemas de salud hacia esta patología.

Análisis coste-utilidad del tratamiento de la depresión en atención primaria

Hace tan sólo 10 años resultaba muy difícil dar con ejemplos que mostrasen la aplicabilidad del análisis del coste-utilidad a la salud mental¹. Desde entonces en la evaluación económica del cuidado de la salud mental se ha producido un incremento en el uso del enfoque conocido como del coste-por-QALY, realizado siguiendo recomendaciones de organismos reguladores en Australia, Canadá, el Reino Unido y Estados Unidos. Por ejemplo, el análisis coste-utilidad en el campo de la depresión está siendo llevado a cabo ahora para evaluar (en todo Estados Unidos) el cribado (*screening*) en atención primaria¹⁴, el tratamiento de mantenimiento para la depresión recurrente^{15,16}, las guías de tratamiento en atención primaria para mujeres¹⁷ y los programas de mejora de la calidad puestos en marcha en atención primaria. Muchos de los análisis coste-utilidad realizados hasta la fecha¹⁸ emplean datos secundarios y técnicas de modelación para estimar los costes y los efectos y otros han elaborado estimaciones del coste-por-QALY de forma simultánea a la realización de análisis clínicos.

Un ejemplo de análisis coste-utilidad mediante modelos es el realizado por Revicki et al.¹⁹, quien comparó el tratamiento para la depresión mayor con: *a)* antidepresivos nuevos (nefazodona y fluoxetina); *b)* tricíclicos (imipramina) y para casos de fracaso del tratamiento, y *c)* un enfoque por pasos que incluía tratamiento inicial con imipramina seguido de nefazodona. Con el fin de lograr estimaciones de los costes médicos a lo largo de la vida y sus resultados en salud (expresados en QALY) se desarrolló para estas alternativas de tratamiento un modelo de análisis de decisiones clínicas que simula las vías de manejo clínico y los patrones de recurrencia en la depresión mayor. A este respecto se encontraron sólo mínimas diferencias, en términos de costes y QALY, entre la nefazodona y la fluoxetina, y ambos antidepresivos fueron considerados coste-efectivos en comparación con el tratamiento con imipramina y el tratamiento por pasos con imipramina. Las *ratio* de los costes por QALY ganados con estos nuevos antidepresivos han sido consideradas como suficientemente bajas (por debajo de 20.000 dólares por QALY ganado) como para merecer la inclusión de dichos tratamientos en el sistema sanitario. Por ejemplo, el coste extra (*ratio* marginal) para toda la vida de la nefazodona respecto a la imipramina (1.321 dólares) resultó en 0,32 QALY adicionales con una *ratio* de 4.065 dólares por cada QALY adicional. Una de las limitaciones de este tipo de análisis, de particular relevancia en la salud mental, es que los resultados no incluyen costes indirectos como son, por ejemplo, un cambio en la productividad laboral (muy importante desde una perspectiva social) ni son tampoco fácilmente generalizables a otras poblaciones clínicas.

El beneficio esperado de expresar los resultados de la evaluación económica en estos términos reside en la capacidad de alinear el coste estimado por QALY para un amplio abanico de intervenciones y enfermedades con vistas a determinar un nivel de eficiencia aceptable frente a un umbral preestablecido (de digamos 50.000 dólares) o incluso construyendo tablas de rango (*league-tables*) que resuman las mejores y peores opciones posibles dentro del sector salud. En la práctica existen importantes problemas a la hora de confiar en estas tablas para la asignación de recursos (debido a lo heterogéneo y a la naturaleza contextual de los estudios coste-utilidad) puesto que pueden haber criterios desvinculados de la eficiencia que determinen si una intervención particular es considerada susceptible de reembolso o de ser incluida en un determinado paquete de atención sanitaria básica.

CONCLUSIONES

La perspectiva económica de la calidad de vida difiere de forma significativa de aquella desarrollada para el sector médico. En medicina la calidad de vida es un estado funcional, mientras que en economía de la salud «calidad de vida» es una función de utilidad. En el primer caso, una escala de posición subjetiva puede proporcionar información relativa al estado de salud actual de un paciente en diversas di-

mensiones relacionadas con el constructo «calidad de vida», mientras que en economía de la salud la evaluación está basada en la preferencia del individuo entre dos estados de salud diferentes. El análisis coste-utilidad fue diseñado como herramienta económica para mejorar la toma de decisiones dentro del campo de la salud a través de la elaboración de un índice común que integrase costes y resultados, de una forma tal que se permita realizar comparaciones entre distintas enfermedades. Tal y como ha quedado demostrado en la sección anterior, han sido diversos los usos dados a las medidas de utilidad dentro del campo de la salud, cada uno de los cuales ha contribuido al debate en materia de prioridades médicas y la eficiencia relativa de las distintas intervenciones.

El hecho de que la calidad de vida pueda ser medida de una forma tal que facilite la comparación con datos cuantitativos (p. ej., costes) es una cuestión crucial en el presente debate. La mayoría de los economistas en salud, incluso aquellos que son críticos con los instrumentos disponibles actualmente²⁰, consideran que esto es posible y entienden que los problemas que se plantean son los propios de una técnica en estado inicial. Otros expertos, en particular desde el campo de la bioestadística y de la clínica, son aún más críticos y cuestionan la adecuación total de dichas técnicas a la hora de explorar valores que estén posicionados dentro de la medida de la calidad de vida que incluyan mortalidad. Además, algunos de los instrumentos de medida de la utilidad no cumplen los criterios de calidad en cuanto a la fiabilidad, validez y generalización se refiere^{21,22}. El criterio de calidad de la mayoría de las medidas de utilidad disponibles (p. ej., *Quality of Well-Being Scale*, *Torrance Health Utility Index*, *Rosser-Kind Matrix*, *EuroQol*, *Global Burden of Disease disability weights*) no ha sido suficientemente probado, particularmente en lo que se refiere a la consistencia, sensibilidad al cambio, validez y fiabilidad (test-retest, intersujetos) y la fiabilidad interobservador. Factores como los cambios de preferencias en cuestiones de salud a lo largo del tiempo despiertan serias dudas acerca de la fiabilidad de dichas medidas, particularmente en cuestiones de salud mental. Por ejemplo, un estudio reciente ha mostrado cómo para la construcción de puntuaciones EuroQol para la esquizofrenia (y por extensión otras medidas de utilidad) el uso del enfoque basado en preferencias muestra resultados que no difieren mucho de aquellos obtenidos a través de otros sistemas descriptivos más simples²³. Fundamentalmente, el enfoque de utilidad esperada se basa en una serie de asunciones normativas en torno a las actitudes ante el riesgo y las preferencias temporales, cuya validez descriptiva ha sido fuertemente criticada, cuestionándose la validez absoluta de dicho modelo^{20,24}.

En consecuencia, es necesario que tanto los investigadores en el área de la salud mental como los responsables de la toma de decisiones presten especial atención a los métodos subyacentes en estos análisis. Además existen dificultades para la extrapolación e interpretación de datos y resultados obtenidos en sistemas sanitarios diferentes. Se hace particularmente necesario llevar a cabo una adaptación de estas

estrategias de análisis de coste-efectividad en salud mental al contexto nacional o regional en el que estas intervenciones se plantea llevar a cabo. En este sentido nuestro grupo está desarrollando actualmente la adaptación de la metodología WHO-CHOICE para el análisis comparativo de las intervenciones en salud mental en España utilizando un modelo poblacional.

Finalmente es importante señalar que la información que aporta el coste-por-QALY o por DALY no debe ser empleada como el único criterio de cara a la toma de decisiones, pero sí como una fuente de datos suplementaria a tener en cuenta junto con la información comúnmente empleada.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está subvencionado por la Fundación BBVA.

BIBLIOGRAFÍA

- Chisholm D, Healey A, Knapp M. QALY and mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:68-75.
- Singh B, Hawthorne G, Vos T. The role of economic evaluation in mental health care. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:104-17.
- Healey A, Chisholm D. Willingness to pay as a measure of the benefits of mental health care. *J Ment Health Policy Econ* 1999;2:55-8.
- Williams A. Economics of coronary-artery bypass-grafting. *BMJ* 1985;291:1507-8.
- Murray CJL, López AD. Rethinking DALY. En: Murray CJL, López AD, editores. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press, 1996; p. 1-98.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.
- Tan Torres T, Baltussen RM, Adam T. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization, 2003.
- Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry* 2004;184:393-403.
- Chisholm D, van Ommeren M, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder: a comparative analysis (WHO-CHOICE). *Br J Psychiatry* 2005;187:559-67.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol* 2004;65:782-93.
- Chisholm D. Cost-effectiveness of first-line antiepileptic drug treatments in the developing world: a population-level analysis. *Epilepsia* 2005;46:751-9.
- Chisholm D. *Choosing cost-effective interventions in psychiatry*. World Psychiatry 2005 (en prensa).
- Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, Boehm K, Buttar A. The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med* 2001;134:345-60.
- Kamlet MS, Wade M, Kupfer DJ, Frank E. Cost-utility analysis of maintenance treatment for recurrent depression: A theoretical framework and numerical illustration. En: Frank RG, Manning WG, editores. *Economics and mental health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992; p. 267-91.
- Hatziandreu EJ, Brown RE, Revicki DA, Turner R, Martindale J, Levine S, et al. Cost utility of maintenance treatment of recurrent depression with sertraline versus episodic treatment with dothiepin. *Pharmacoeconomics* 1994;5:249-68.
- Pyne JM, Smith J, Fortney J, Zhang M, Williams DK, Rost K. Cost-effectiveness of a primary care intervention for depressed females. *J Affect Disord* 2003;74:23-32.
- Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:1325-30.
- Revicki DA, Brown RE, Keller MB, Gonzales J, Culpepper L, Hales RE. Cost-effectiveness of newer antidepressants compared with tricyclic antidepressants in managed care settings. *J Clin Psychiatry* 1997;58:47-58.
- Loomes G, McKenzie L. The scope and limitations of QALY measures. En: Baldwin S, Godfrey C, Propper C, editores. *Quality of life perspectives and policies*. London: Routledge, 1990; p. 84-102.
- Cook KF, Ashton CM, Byrne MM, Brody B, Geraci J, Giesler RB, et al. A psychometric analysis of the measurement level of the rating scale, time trade-off, and standard gamble. *Soc Sci Med* 2001;53:1275-85.
- Lenert L, Kaplan RM. Validity and interpretation of preference-based measures of health-related quality of life. *Med Care* 2000;38(9 Suppl. II):138-50.
- Prieto L, Sacristan JA. What is the value of social values? The uselessness of assessing health-related quality of life through preference measures. *BMC Med Res Methodol* 2004;4:10.
- Cohen BJ. Is expected utility theory normative for medical decision making? *Med Decis Mak* 1996;16:1-6.