

Revisión

Revisión sistemática de utilidades relacionadas con la salud en España: el caso de la salud mental

Lidia García-Pérez^{a,b,c,*}, Raquel Aguiar-Ibáñez^d, Pilar Pinilla-Domínguez^{a,e}, Alejandro Arvelo-Martín^{a,b}, Renata Linertová^{a,b,c} y Amado Rivero-Santana^{a,b,c}^a Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Santa Cruz de Tenerife, España^b Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS), Las Palmas de Gran Canaria, España^c Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), España^d Amaris, Londres, Reino Unido^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de enero de 2013

Aceptado el 11 de abril de 2013

On-line el 28 de mayo de 2013

Palabras clave:

Utilidades

Preferencias

Estados de salud

Calidad de vida

EQ-5D

SF-6D

España

RESUMEN

Objetivo: Dada la carencia de un registro de utilidades en población española para su uso en evaluaciones económicas, se desarrolló una revisión sistemática de utilidades o preferencias por estados de salud obtenidas de población española con el fin último de crear un catálogo accesible a los investigadores. En este artículo se detallan las utilidades relacionadas con la salud mental.

Método: Revisión sistemática de la literatura, con búsquedas en MEDLINE, CRD, Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane y otras bases de datos. La estrategia de búsqueda combinó términos relacionados con utilidades y con España. Los criterios de inclusión eran población residente, afectada o no por alguna enfermedad; utilidades valoradas con cuestionarios validados en España (EQ-5D, HUI, SF-6D) o siguiendo técnicas directas (equivalencia temporal, *standard gamble*, escala visual analógica). Se realizó una síntesis narrativa de los artículos incluidos, detallando los resultados relacionados con problemas de salud mental.

Resultados: Se incluyeron 103 estudios, de los que se extrajeron 742 utilidades. Se identificaron 69 utilidades relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento, extraídas de 12 estudios. El instrumento más empleado fue el cuestionario EQ-5D. Gran parte de los artículos excluidos evaluaba la calidad de vida, pero sin ofrecer el valor de la utilidad.

Conclusiones: La presente revisión añade valor al estudio de las utilidades en España mediante la recopilación de valores que puedan ser incluidos en evaluaciones económicas, permitiendo además identificar lagunas en la investigación en este campo. Los valores relacionados con la salud mental identificados se asemejan a otros informados en la literatura internacional.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Systematic review of health-related utilities in Spain: the case of mental health

ABSTRACT

Keywords:

Utilities

Patient preferences

Health status

Quality of life

EQ-5D

SF-6D

Spain

Objectives: Currently, there is no registry of utility values for the Spanish population that could potentially be used in economic evaluations. Consequently, a systematic review of utilities or preferences for health states in the Spanish population was conducted. The results related to mental health are reported.

Methods: A systematic review of the literature was conducted. The main databases searched were MEDLINE, CRD, Embase, PsycINFO, CINAHL, and Cochrane. The search strategy combined terms related to utilities and Spain. The inclusion criteria comprised the resident population in Spain, whether affected by any disease or not; the reported utilities had to be evaluated through a tool validated in Spain (i.e., EQ-5D, HUI, SF-6D) and/or following accepted techniques (e.g., time trade-off, standard gamble, or the visual analog scale). A narrative synthesis of articles was undertaken and the results related to mental health summarized.

Results: A total of 103 articles were finally included, from which 742 utility values were extracted. Sixty-nine utility values related to mental health and behavioral disorders were extracted from 12 studies. The most widely used tool was the E5-QD questionnaire. Most of the excluded articles evaluated quality of life but did not provide an estimation of utilities.

Conclusions: This review adds value to research on utilities in Spain by gathering values to be included in economic evaluations, as well as by identifying research gaps in this field. The utility values related to mental health identified in this study are similar to those reported in international publications.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lidia.garciaperez@sepsc.es (L. García-Pérez).

Introducción

Las utilidades se definen como el grado de preferencia por alcanzar un estado de salud normalmente expresado entre 0 y 1 (donde la muerte tiene un valor de utilidad igual a 0, y una vida totalmente sana un valor igual a 1), y que es muy utilizado en la evaluación económica de las tecnologías sanitarias. La medición de las utilidades o preferencias por los estados de salud puede ser una tarea compleja si se opta por las técnicas directas, como la equivalencia temporal (ET), el *standard gamble* o la escala visual analógica (EVA)¹. Una opción más sencilla consiste en el uso de métodos indirectos mediante la aplicación de cuestionarios genéricos de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como el EuroQol de cinco dimensioness (EQ-5D), el Short Form de seis dimensioness (SF-6D) y el Health Utility Index (HUI).

Idealmente, la evaluación económica de tecnologías sanitarias requiere datos contextualizados, tanto de costes como de resultados². Los costes y el uso de recursos, así como la efectividad de los tratamientos, pueden variar sustancialmente entre los países³⁻⁵. Del mismo modo, diversos estudios han probado la existencia de variaciones en las valoraciones de los estados de salud según los países⁵⁻⁸, en ocasiones explicadas por diferencias culturales⁸. Por tanto, no es recomendable aplicar utilidades de otros países al ámbito local sin una valoración crítica de los datos⁶. No obstante, no siempre es posible obtener utilidades directamente de la población, por lo que es usual tomar datos de la literatura para realizar evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias mediante modelos.

Hace más de una década, en Estados Unidos, un panel de expertos recomendó la realización de un catálogo de utilidades nacionales⁹. Asimismo, desde la década de 1970 existe el Cost Effectiveness Analysis (CEA) Registry¹⁰, base de datos que contiene más de 2000 artículos de evaluaciones económicas publicados en inglés, con sus correspondientes utilidades por estados de salud¹¹. En España no hay una base de datos similar, pero sí una base de datos centrada en los costes sanitarios, la Base de Datos de Costes Sanitarios eSalud¹², anteriormente conocida como SOKOS. Así, parece pertinente la elaboración de una base de datos, o catálogo de utilidades o preferencias por los estados de salud, obtenidas de población española a partir de una revisión sistemática de la literatura en el marco de un proyecto a largo plazo¹³.

En este artículo se presentan los resultados actualizados de la revisión sistemática y se detallan las utilidades identificadas para los estados de salud relacionados con la salud mental. Se ha elegido este grupo de enfermedades con el objeto de mostrar el ejemplo de un campo de las ciencias de la salud en que la calidad de vida en general y las utilidades en particular son más estudiadas. Sobre el estudio de las utilidades relacionadas con el resto de las enfermedades que serán incluidas en la base de datos, puede encontrarse más información en dos informes ya publicados^{13,14}.

Métodos

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas sistemáticas en marzo y abril de 2011 (sin límites de fecha) en las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE y MEDLINE in process a través de PubMed, las bases de datos del Centre for Reviews and Dissemination (CRD; incluye National Health Service Economic Evaluation Database [NHS EED], Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness [DARE] and Health Technology Assessment [HTA]), Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CEA Registry, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e Índice Médico Español (IME).

La estrategia de búsqueda incluyó dos grupos de términos: uno relacionado con las utilidades (utilities, eq-5d, sf-6d, hui, etc.) y otro con el ámbito geográfico (spain, espana, espagna, etc.). Para este último se aplicó un filtro geográfico con el fin de identificar en PubMed estudios realizados en España¹⁵.

Selección de los estudios

Cuatro revisores (tres economistas y un psicólogo) seleccionaron por pares, y de forma independiente, los estudios a partir de la lectura de los títulos y de los resúmenes obtenidos de la búsqueda en la literatura. Los textos completos de los artículos seleccionados fueron revisados y clasificados como incluidos o excluidos por dos revisores, según los criterios de selección previamente definidos. Cuando hubo dudas o discrepancias, se resolvieron mediante consenso o con la ayuda de un tercer revisor. Los criterios de selección de los estudios fueron los siguientes:

- Tipos de estudios: se seleccionaron estudios publicados en cualquier idioma que presentasen utilidades derivadas directamente de la población, o que permitieran identificar esta clase de datos, incluyendo los siguientes tipos de diseño de estudios:
 - Estudios experimentales, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados.
 - Estudios observacionales transversales o longitudinales.
 - Estudios de validación de instrumentos o cuestionarios en los que se informaron de valores de utilidades.
 - Encuestas poblacionales.
 - Otros estudios (como evaluaciones económicas completas basadas en análisis de coste-utilidad) que evaluaran utilidades en población residente en España.
- Las evaluaciones económicas realizadas en España que incluyeron análisis de coste-utilidad y las revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas y de CVRS se seleccionaron con el fin de identificar otros estudios en los que se evaluaran utilidades. Se excluyeron revisiones narrativas, artículos de discusión, comentarios y estudios de un caso.
- Tipos de participantes: se incluyeron estudios que evaluaron población española, definida como población residente en España, de cualquier edad y sexo, incluyendo tanto población general como población afectada por alguna enfermedad o condición, recibiendo o no tratamiento médico o de otro tipo, y antes o después de recibir tratamiento. Se incluyeron las utilidades aportadas por *proxys*, como familiares o cuidadores, y se excluyeron las utilidades aportadas por paneles de expertos. Se excluyeron los estudios internacionales que incluían población española pero no informaban por separado de las utilidades de esta población.
- Tipos de instrumentos de medición de utilidades: para que un estudio fuese considerado como incluido, las utilidades debían haberse valorado mediante instrumentos validados para la obtención de utilidades en España, o siguiendo técnicas directas aceptadas (ET, EVA o *standard gamble*). Se admitieron estudios en los que se utilizaran estos instrumentos aplicando tarifas no españolas. Los instrumentos validados en España son el EQ-5D^{16,17}, el SF-6D^{18,19} y el HUI-3²⁰. Con el objetivo de ser exhaustivos y no descartar estudios potencialmente seleccionables, se obtuvieron los artículos completos de aquellos estudios que valoraban la CVRS en población española sin especificar en su resumen el instrumento empleado. Se actuó de igual manera cuando se mencionaban en el resumen los instrumentos SF-36 y SF-12, puesto que de ellos pueden derivarse utilidades por medio de la selección de ítems que conforman el SF-6D.

Extracción de datos

Tras un proceso piloto, la extracción de datos de los estudios incluidos se realizó directamente en la base de datos de utilidades diseñada en *Microsoft Office Access* (Microsoft Corp. 2007, EE.UU.). La extracción la llevó a cabo un revisor y fue comprobada por un segundo revisor. Las discrepancias se resolvieron con la ayuda de un tercer revisor. Las discusiones y los desacuerdos quedaron documentados.

Los datos a extraer fueron los relacionados con la identificación del artículo (autores, fecha de publicación, financiación, etc.), con el diseño y la metodología (objetivo, diseño y selección de la muestra, características de los pacientes, descripción de las intervenciones si las hubo, técnica y cuestionario de obtención de las utilidades, tarifa utilizada), y con los resultados del estudio (utilidad, estadístico descriptivo y estado de salud u otras características que definen el estado).

Síntesis

Se realizó una síntesis narrativa con tabulación de la información recopilada de los estudios incluidos. En el presente artículo se informa detalladamente de las utilidades de los estados de salud relacionados con la salud mental.

Resultados

La **figura 1** muestra el proceso de selección de estudios. La búsqueda en nueve bases de datos electrónicas de bibliografía relacionada con las ciencias de la salud dio como resultado la identificación de 2592 referencias, que quedaron en 1527 al eliminar las duplicadas. Tras el proceso de selección, se incluyeron en la revisión 103 artículos. El principal motivo de exclusión fue la utilización de instrumentos de valoración de la CVRS que permiten obtener utilidades, pero cuyos autores se limitaron a realizar un análisis descriptivo de las respuestas por dimensiones, u otro tipo de análisis sin llegar a calcular utilidades (48% de los artículos excluidos: un 28% utilizó al menos el EQ-5D y un 72% utilizó el SF-36 o el SF-12). En segundo lugar, un 11% de los artículos excluidos correspondían a evaluaciones económicas en las cuales las utilidades se tomaban de estudios internacionales o exclusivamente de un panel de expertos.

Descripción de los resultados de la revisión

Las fechas de publicación de los 103 artículos incluidos reflejan la relativa novedad y el creciente interés, en los últimos años, por la investigación en el campo de las utilidades en nuestro país (**fig. 2**). La mayoría de los artículos son estudios observacionales, transversales o longitudinales (59 artículos). Otros diseños identificados fueron: cuatro artículos que describían resultados de encuestas poblacionales, 13 evaluaciones económicas, 14 estudios de validación de cuestionarios, cinco estudios metodológicos y tres revisiones.

Los 103 artículos incluidos se corresponden con un total de 742 utilidades, con una media de 7,20 (desviación estándar: $\pm 14,26$) utilidades por artículo. El rango de utilidades incluido en la mayoría de los artículos varía de una a cuatro. En 97 artículos se usó el cuestionario EQ-5D para estimar 538 utilidades (73%), en 10 artículos se usó el SF-6D (185 utilidades) y en tres artículos el HUI-3 (seis utilidades). Estas cifras están condicionadas por la inclusión de un artículo en el que se informó de 110 utilidades obtenidas por medio de la Encuesta de Salud de Cataluña (realizada con EQ-5D y con SF-6D)²¹ y otro artículo que informa de 72 utilidades obtenidas de la Encuesta de Salud del País Vasco (realizada con el SF-6D)²².

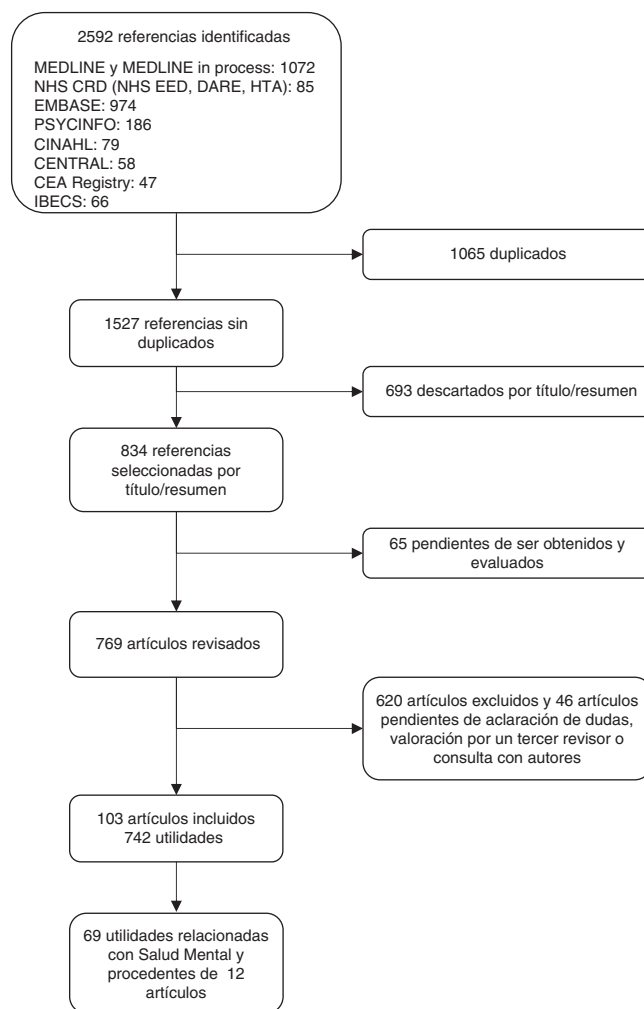


Figura 1. Proceso de selección de estudios.

Cuando no se consideran estos estudios, el peso del uso del SF-6D disminuye sustancialmente. En dos artículos sólo se utilizaron técnicas directas: ET para obtener una utilidad²³ y *standard gamble* para obtener 12 utilidades²⁴.

En el 54% de los 97 artículos que emplearon el EQ-5D no se especifica qué tarifa consideraron para estimar las utilidades. Explícitamente se menciona el uso de las tarifas de Reino Unido en cinco casos y el de las tarifas españolas en 40 artículos. Entre estos últimos, la tarifa EVA se utilizó en cinco artículos,

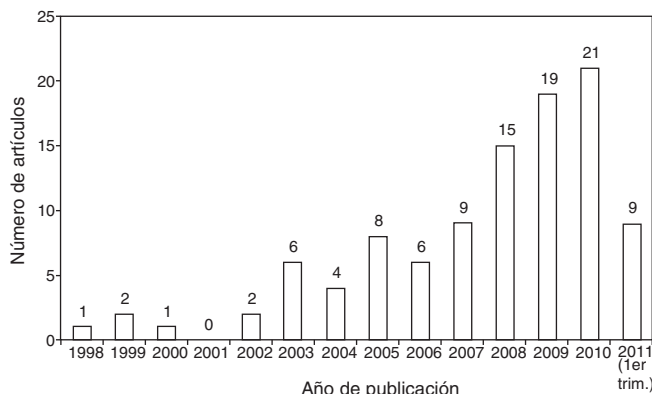


Figura 2. Distribución de artículos por año de publicación.

Tabla 1
Resultados de la revisión de utilidades. Estados de salud relacionados con la ansiedad

Estado de salud	Utilidad ^a	Instrumento	Referencia
Algún trastorno de ansiedad	0,66 ^b	SF-6D	25
Trastorno de ansiedad generalizado	0,68 ^b	SF-6D	25
Trastornos de ansiedad	0,71	SF-6D	26
Trastorno de ansiedad y HAM-A ≤9, no ansiedad o ansiedad mínima	0,84	EQ-5D	27
Trastorno de ansiedad y HAM-A 10-15, ansiedad leve	0,71	EQ-5D	27
Trastorno de ansiedad y HAM-A 16-24, ansiedad moderada	0,68	EQ-5D	27
Trastorno de ansiedad y HAM-A ≥25, ansiedad grave	0,53	EQ-5D	27

HAM-A: Escala de ansiedad de Hamilton.

^a Utilidad media salvo cuando se indique lo contrario.

^b Mediana.

la ET en 12 y ambas en siete; en el resto no está clara la tarifa utilizada.

De las 742 utilidades, en 499 casos se conoce la región de España donde se obtuvieron. Cataluña es la que presenta mayor número de utilidades incluidas en la base de datos, con 254 (34%), seguida del País Vasco y de Canarias con 88 (12%) y 81 (11%), respectivamente. Estas cifras están influenciadas por la inclusión en la revisión de las dos encuestas poblacionales de Cataluña y País Vasco previamente mencionadas, y que suman entre ambas 182 utilidades^{21,22}. Éste es el motivo por el que la mayoría de las utilidades se obtuvieron en el hogar de la persona.

Por enfermedades, los grupos con mayor número de utilidades fueron las enfermedades del sistema nervioso (87 utilidades), las del aparato digestivo (73), las mentales (69), las osteomusculares (57) y las del sistema respiratorio (26). En este artículo se describen de manera detallada los resultados de la revisión de utilidades relacionadas con los trastornos mentales y del comportamiento (Capítulo V del CIE-10).

Salud mental

Se identificaron 12 artículos que recogen 69 utilidades relacionadas con los estados de salud mental^{21,25-35}, distribuidas de la siguiente forma: esquizofrenia (28 utilidades), depresión (18 utilidades), ansiedad (7 utilidades) y otras enfermedades mentales (16 utilidades).

Tabla 2
Resultados de la revisión de utilidades. Estados de salud relacionados con la depresión

Estado de salud	Utilidad ^a	Instrumento	Referencia
Trastorno depresivo mayor	0,53 ^b	SF-6D	25
Pacientes con depresión bajo tratamiento con fluoxetina	0,48	EQ-5D	28
Pacientes con depresión bajo tratamiento con paroxetina	0,46	EQ-5D	28
Pacientes con depresión bajo tratamiento con citalopram	0,46	EQ-5D	28
Pacientes con depresión bajo tratamiento con sertralina	0,4	EQ-5D	28
Pacientes con depresión	0,45	EQ-5D	28
Pacientes con depresión en tratamiento con fluoxetina en el momento basal	0,48	EQ-5D	29
Pacientes con depresión en tratamiento con imipramina en el momento basal	0,57	EQ-5D	29
Pacientes con depresión tras 1 mes en tratamiento con fluoxetina	0,62	EQ-5D	29
Pacientes con depresión tras 1 mes en tratamiento con imipramina	0,68	EQ-5D	29
Pacientes con depresión tras 3 meses en tratamiento con fluoxetina	0,68	EQ-5D	29
Pacientes con depresión tras 3 meses en tratamiento con imipramina	0,74	EQ-5D	29
Pacientes con depresión tras 6 meses en tratamiento con fluoxetina	0,74	EQ-5D	29
Pacientes con depresión tras 6 meses en tratamiento con imipramina	0,8	EQ-5D	29
Pacientes con depresión en el momento basal bajo tratamiento antidepresivo que mostraron respuesta rápida a las 6 semanas del tratamiento ^c	0,25	EQ-5D	30
Pacientes con depresión tras 1 año bajo tratamiento antidepresivo que mostraron respuesta rápida a las 6 semanas del tratamiento ^c	0,91	EQ-5D	30
Pacientes con depresión en el momento basal bajo tratamiento antidepresivo que no mostraron respuesta rápida a las 6 semanas del tratamiento ^c	0,23	EQ-5D	30
Pacientes con depresión tras 1 año bajo tratamiento antidepresivo que no mostraron respuesta rápida a las 6 semanas del tratamiento	0,81	EQ-5D	30

^a Utilidad media salvo cuando se indique lo contrario.

^b Mediana.

^c Comunicación presentada en un congreso.

Tres artículos valoraban utilidades en pacientes con ansiedad²⁵⁻²⁷. Uno de los estudios valoró utilidades en distintos tipos de pacientes según el grado de ansiedad, medido con la escala de ansiedad de Hamilton. La utilidad variaba entre 0,53 en personas con ansiedad grave y 0,71 en pacientes con ansiedad leve²⁷. Los otros dos artículos ofrecen valores de utilidades para estados de salud más genéricos y estimadas mediante el SF-6D^{25,26} (tabla 1).

Cuatro artículos incluían pacientes con algún trastorno depresivo^{25,28-30}. Sólo uno de ellos midió la utilidad con el SF-6D²⁵. Las utilidades variaron entre 0,25 en pacientes con depresión bajo tratamiento antidepresivo en el momento basal que mostraron respuesta rápida a las 6 semanas del tratamiento, y 0,91 en pacientes con depresión tras 1 año bajo tratamiento antidepresivo que mostraron respuesta rápida a las 6 semanas del tratamiento³⁰ (tabla 2).

Se incluyeron cuatro artículos de pacientes con esquizofrenia³¹⁻³⁴. Las utilidades cubren una amplia variedad de estados de salud, antes y después de diversos tratamientos. Sólo un artículo midió la utilidad por medio del SF-6D (para pacientes con esquizofrenia o trastornos bipolares recibiendo tratamiento con antipsicóticos durante al menos el último mes)³⁴. Las utilidades variaron de 0,4 en pacientes con esquizofrenia antes de recibir tratamiento con antipsicóticos convencionales³¹ a 0,78 tras 6 meses de tratamiento³² (tabla 3).

Finalmente se incluyeron cuatro artículos que incluían pacientes con otros problemas de salud mental^{21,25,26,35}. Las utilidades

Tabla 3
Resultados de la revisión de utilidades. Estados de salud relacionados con la esquizofrenia

Estado de salud	Utilidad	Instrumento	Referencia
Pacientes con esquizofrenia en el momento basal en tratamiento con olanzapina	0,5	EQ-5D	31
Pacientes con esquizofrenia en el momento basal en tratamiento con risperidona	0,5	EQ-5D	31
Pacientes con esquizofrenia en el momento basal en tratamiento con antipsicóticos convencionales	0,4	EQ-5D	31
Pacientes con esquizofrenia en el momento basal	0,52	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 3 meses de tratamiento	0,72	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 6 meses de tratamiento	0,78	EQ-5D	32
Hombres con esquizofrenia en el momento basal	0,53	EQ-5D	32
Hombres con esquizofrenia a los 3 meses de tratamiento	0,72	EQ-5D	32
Hombres con esquizofrenia a los 6 meses de tratamiento	0,78	EQ-5D	32
Mujeres con esquizofrenia en el momento basal	0,51	EQ-5D	32
Mujeres con esquizofrenia a los 3 meses de tratamiento	0,71	EQ-5D	32
Mujeres con esquizofrenia a los 6 meses de tratamiento	0,79	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia en el momento basal sin ninguna enfermedad concomitante	0,52	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 3 meses de tratamiento sin ninguna enfermedad concomitante	0,73	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 6 meses de tratamiento sin ninguna enfermedad concomitante	0,79	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia en el momento basal con una enfermedad concomitante	0,52	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 3 meses de tratamiento con una enfermedad concomitante	0,68	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 6 meses de tratamiento con una enfermedad concomitante	0,78	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia en el momento basal con dos o más enfermedades concomitantes	0,52	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 3 meses de tratamiento con dos o más enfermedades concomitantes	0,65	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia a los 6 meses de tratamiento con dos o más enfermedades concomitantes	0,7	EQ-5D	32
Pacientes con esquizofrenia con cambio de tratamiento debido a riesgo de no cumplimiento ^a	0,6	EQ-5D	33
Pacientes con esquizofrenia 6 meses después de un cambio de tratamiento antipsicótico y que habían recaído ^a	0,7	EQ-5D	33
Pacientes con esquizofrenia 6 meses después de un cambio de tratamiento y que no habían recaído ^a	0,7	EQ-5D	33
Pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar recibiendo antipsicóticos durante al menos el último mes ^b	0,81	EQ-5D	34
Pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar recibiendo antipsicóticos durante al menos el último mes ^c	0,84	EQ-5D	34
Pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar recibiendo antipsicóticos durante al menos el último mes ^b	0,74	SF-6D	34
Pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar recibiendo antipsicóticos durante al menos el último mes ^c	0,74	SF-6D	34

^a Comunicación presentada en un congreso.

^b Submuestra incluida en el análisis realizado por los autores.

^c Submuestra excluida del análisis realizado por los autores.

variaron entre 0,55 para pacientes con algún trastorno del estado de ánimo y 0,74 para pacientes con problemas mentales con dependencia o uso indebido del alcohol²⁵ (tabla 4).

Discusión

El objetivo del proyecto de realizar una base de datos de utilidades en España es poner a disposición de los investigadores españoles una fuente de información que facilite la tarea de búsqueda de datos para la realización de evaluaciones económicas y estudios diversos en el ámbito de la economía de la salud. En este artículo se han presentado detalladamente los resultados obtenidos para el caso de la salud mental.

La base de datos cuenta en la actualidad con 103 artículos y 742 utilidades obtenidas de población española. A partir de

12 artículos se han identificado 69 utilidades asociadas a estados de salud relacionados con la salud mental (ansiedad, depresión, esquizofrenia y otros).

No se han identificado revisiones sistemáticas de utilidades en el campo de la salud mental, aunque sí algunas revisiones que permiten realizar una comparación con los resultados obtenidos. Tengs et al.³⁶, con un objetivo muy similar al del presente estudio, aunque sin limitar su búsqueda a un área geográfica concreta, realizaron una revisión sistemática de utilidades que se dio por terminada cuando se alcanzó la cifra de 1000 valores. Cabe destacar que el 54% del total de los valores recogidos en su revisión provenía del juicio de autores y expertos, fuente no considerada en nuestro estudio. En cuanto a la salud mental y en concreto la depresión, el intervalo de valores incluidos variaba desde 0,306 para pacientes con depresión que no reciben tratamiento hasta

Tabla 4
Resultados de la revisión de utilidades. Estados de salud relacionados con otros problemas de salud mental

Estado de salud	Utilidad ^a	Instrumento	Referencia
Trastornos psicológicos	0,62	EQ-5D	21
Desórdenes mentales	0,66	EQ-5D	21
Trastornos psicológicos	0,63	SF-6D	21
Desórdenes mentales	0,69	SF-6D	21
Algún trastorno del humor	0,55 ^b	SF-6D	25
Distimia	0,60 ^b	SF-6D	25
Trastorno de pánico	0,61 ^b	SF-6D	25
Fobia social	0,60 ^b	SF-6D	25
Fobia específica	0,70 ^b	SF-6D	25
Problemas mentales con algún uso indebido de sustancias	0,72 ^b	SF-6D	25
Problemas mentales con dependencia o uso indebido del alcohol	0,74 ^b	SF-6D	25
Problemas en el estado de ánimo	0,66	SF-6D	26
Trastorno somatoforme	0,70	SF-6D	26
Uno o más problemas mentales	0,71	SF-6D	26
Trastorno relacionado con el uso del alcohol	0,74	SF-6D	26
Ansiedad, depresión	0,66	EQ-5D	35

^a Utilidad media salvo cuando se indique lo contrario.

^b Mediana.

0,95 para pacientes con depresión en remisión y sin tratamiento³⁶. Este rango es similar al encontrado en nuestra revisión.

Dentro del CEA Registry, fuente internacional consultada en octubre de 2012, los valores para distintos estados de salud relacionados con la esquizofrenia varían entre 0,42 para pacientes esquizofrénicos que muestran recaída y 0,959 para pacientes con esquizofrenia con adherencia parcial al tratamiento farmacológico y un aumento de peso clínicamente significativo como efecto adverso¹⁰. Por otro lado, una revisión sistemática sobre utilidades en esquizofrenia encontró un mayor intervalo de valores debido a la identificación de una más amplia variedad de estados de salud: desde valores negativos en pacientes con esquizofrenia hospitalizados hasta 0,96 en pacientes con respuesta al tratamiento y sin síntomas extrapiramidales³⁷.

Mientras se acepta que cuestionarios genéricos como el EQ-5D y el SF-6D pueden reflejar el impacto de enfermedades como la depresión y la ansiedad, otros estudios indican que el EQ-5D no es sensible al cambio ni correlaciona con síntomas en los pacientes con esquizofrenia, y que el SF-6D no recoge impactos significativos en los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad y psicosis³⁸⁻⁴⁰. En consecuencia, entre los economistas de la salud mental hay cierto escepticismo sobre los instrumentos genéricos^{38,39}. Es sabido que la salud subjetiva (informada por el paciente) está afectada por una variedad de factores, que en las personas con problemas de salud mental puede verse condicionada, además, por el estado afectivo, la baja conciencia de enfermedad o la distorsión, y por los tratamientos farmacológicos⁴¹. Sin embargo, esto no tiene por qué invalidar el uso de tales cuestionarios⁴¹, entre otros motivos porque no hay un método de referencia para la CVRS autoinformada³⁹.

Como toda revisión sistemática, este estudio presenta las limitaciones propias de la metodología, entre ellas el sesgo de publicación. No obstante, hemos hecho un esfuerzo importante, que continuará en el tiempo, por identificar nuevas fuentes de utilidades. En segundo lugar, quedan por incluir en la base de datos las utilidades correspondientes a cada uno de los estados de salud de las tarifas del EQ-5D. Por otro lado, para poder contar con una base de datos exhaustiva es necesario conocer una serie de detalles relacionados con el estado de salud, como el tamaño muestral o la edad media, información no siempre facilitada en los artículos. Otras dificultades se presentaron en la definición del ámbito asistencial o la tarifa utilizada en el caso del EQ-5D (española o no, ET o EVA), detalles que no siempre están explícitos en los artículos. Asimismo, es de destacar que el concepto de utilidad se describe de maneras muy diversas en los diferentes artículos: índice, EQ-5D index, tarifa, valor del estado de salud, preferencia o CVRS media, por ejemplo. Todas estas limitaciones han tratado de reducirse contactando con los autores de los artículos para obtener aclaraciones.

Por último, el investigador debería valorar la conveniencia de utilizar una utilidad obtenida de población española o bien optar por una utilidad obtenida a partir de población no española. Esto será así cuando el estado de salud para el cual se busca una utilidad no haya sido valorado en España, o cuando la calidad metodológica del estudio español sea inferior a la de otro estudio que ofrece una utilidad para el mismo estado de salud. Esto último no es inusual cuando el objetivo principal de los estudios no es obtener utilidades asociadas a estados de salud; tal es el caso de las encuestas de salud y de encuestas poblacionales en las que la definición de los estados de salud es vaga^{21,25,35}.

En las próximas fases de este proyecto completaremos la base de datos mediante una actualización de la búsqueda, una búsqueda en otras bases de datos y el contacto con expertos. Además, se valorará la calidad de cada una de las utilidades incluidas en la base de datos, se validará el filtro de búsqueda bibliográfica de utilidades, se intentará explicar la heterogeneidad de los valores encontrados

para un mismo estado de salud y, cuando sea posible, se realizarán metaanálisis de las utilidades.

Editora responsable del artículo

Carme Borrell.

Contribuciones de autoría

L. García-Pérez, como responsable del proyecto, participó en la concepción y el diseño del trabajo, en cada una de las fases de la revisión de la literatura y en la escritura del artículo. R. Aguiar-Ibáñez colaboró en el diseño y la concepción del trabajo, en la selección de las referencias y en la escritura del artículo. P. Pinilla-Domínguez colaboró en el diseño, en la selección de las referencias, en la extracción de datos y en la escritura del artículo. A. Arvelo-Martín colaboró en la selección de las referencias, en la extracción de datos y en la escritura del artículo. R. Linertová y A. Rivero-Santana colaboraron en la selección de las referencias. Todos los autores participaron activamente en la revisión crítica del artículo y dieron su aprobación a la versión actual.

Financiación

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III y Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUN-CIS) (SESCS 2010/6 & SESCO 2011/4).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a Ignacio Abásolo Alessón, Leticia Cuéllar, Leticia Rodríguez Rodríguez, Iván Castilla Rodríguez, Juan Manuel Ramos Goñi y Pedro Serrano Aguilar; y muy especialmente a los revisores de los informes de evaluación de tecnologías sanitarias en que se basa este artículo: Jaume Puig, Juan Cabasés, Juan Oliva y Fernando Antoñanzas.

Bibliografía

1. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, et al. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001. p. 364.
2. Brazier J, Ratcliffe J, Salomon JA, et al. Measuring and valuing health benefits for economic evaluation. New York: Oxford University Press; 2007. p. 344.
3. O'Shea JC, DeMets DL. Statistical issues relating to international differences in clinical trials. *Am Heart J*. 2001;142:21-8.
4. Sculpher MJ, Pang FS, Manca A, et al. Generalisability in economic evaluation studies in health care: a review and case studies. *Health Technol Assess*. 2004;10:5-12.
5. Drummond M, Barbieri M, Cook J, et al. Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR good research practices task force report. *Value Health*. 2009;12:409-18.
6. Knies S, Evers SM, Candel MJ, et al. Utilities of the EQ-5D. Transferable or not? *Pharmacoeconomics*. 2009;27:767-79.
7. Kharroubi SA, O'Hagan A, Brazier JE. A comparison of United States and United Kingdom EQ-5D health states valuations using a nonparametric Bayesian method. *Stat Med*. 2010;29:1622-34.
8. Bailey H, Kind P. Preliminary findings of an investigation into the relationship between national culture and EQ-5D value sets. *Qual Life Res*. 2010;19:1145-54.
9. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, et al. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 1996. p. 425.
10. Center for the Evaluation of Value and Risk in Health. The cost-effectiveness analysis registry [Internet]. Boston: Institute for Clinical Research and Health Policy Studies, Tufts Medical Center. (Consultado el 12/10/2012.) Disponible en: <http://www.cearegistry.org>

11. Aguiar-Ibáñez R, Nixon J, Glanville J, et al. Economic evaluation databases as an aid to healthcare decision makers and researchers. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2005;5:721–32.
12. Base de Datos de Costes Sanitarios eSalud [Internet]. Barcelona: Oblikue Consulting S.L. (Consultado el 12/09/2010.) Disponible en: <http://www.oblikue.com/bddcostes>
13. García Pérez L, Aguiar Ibáñez R, Linertová R, et al. Revisión sistemática de utilidades obtenidas de población española con cáncer, diabetes y problemas de corazón. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2010/6. (Consultado el 6/04/2013.) Disponible en: <http://aunets.isciii.es>
14. García Pérez L, Pinilla Domínguez P, Aguiar Ibáñez R, et al. Revisión sistemática de utilidades o preferencias por los estados de salud obtenidas de población española. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. 2012. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2011/4. (Consultado el 6/04/2013.) Disponible en: <http://aunets.isciii.es>
15. Valderas JM, Mendivil J, Parada A, et al. Development of a geographic filter for PubMed to identify studies performed in Spain. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1244–51.
16. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, et al. Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res.* 1998;7:311–22.
17. Badia X, Roset M, Herdman M, et al. A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Med Decis Making.* 2001;21:7–16.
18. Rebollo P, Moris J, Ortega T, et al. Estimating utility values for health status using the Spanish version of the SF-36. Validity of the SF-6D index vs EQ-5D. *Med Clin (Barc).* 2007;128:536–7.
19. Abellán Perpiñán JM, Sánchez Martínez FI, Martínez Pérez JE, et al. Lowering the 'floor' of the SF-6D scoring algorithm using a lottery equivalent method. *Health Econ.* 2012;21:1271–85.
20. Ruiz M, Rejas J, Soto J, et al. Adaptation and validation of the Health Utilities Index Mark 3 into Spanish and correction norms for Spanish population. *Med Clin (Barc).* 2003;120:89–96.
21. Cunillera O, Tresserras R, Rajmil L, et al. Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. *Qual Life Res.* 2010;19:853–64.
22. Esnaola S, Martín U, Pérez Y, et al. Magnitud y desigualdades en la esperanza de vida ajustada por calidad en la CAPV [Internet]. [País Vasco]: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, O+berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. 2006. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r85-13714/es/contenidos/informacion/estado_salud/es.5463/adjuntos/informe%20EVAC%2020061212.pdf
23. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Carmona L, et al. Assessing utility values in rheumatoid arthritis: a comparison between time trade-off and the EuroQol. *Arthritis Rheum.* 2006;55:751–6.
24. Levy AR, Kowdley KV, Illoeje U, et al. The impact of chronic hepatitis B on quality of life: a multinational study of utilities from infected and uninfected persons. *Value Health.* 2008;11:527–38.
25. Fernández A, Saameno JA, Pinto-Meza A, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry.* 2010;196:302–9.
26. Grandes G, Montoya I, Arieteleanizbeaskoa MS, et al., MAS Group. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry.* 2011;26:428–35.
27. Vera-Llonch M, Dukes E, Rejas J, et al. Cost-effectiveness of pregabalin versus venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder: findings from a Spanish perspective. *Eur J Health Econ.* 2010;11:35–44.
28. Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Suárez D, et al. Cost-utility of selective serotonin reuptake inhibitors for depression in primary care in Catalonia. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; Suppl (432):39–47.
29. Serrano-Blanco A, Suárez D, Pinto-Meza A, et al. Fluoxetine and imipramine: are there differences in cost-utility for depression in primary care? *J Eval Clin Pract.* 2009;15:195–203.
30. Roca M, Valladares A, Álvarez E, et al. Association between early antidepressant response and quality of life among patient with depression: results from a 1-year follow-up large epidemiological study. *Value Health.* 2009;12:A363.
31. Montés JM, Ciudad A, Gascón J, et al. Safety, effectiveness, and quality of life of olanzapine in first-episode schizophrenia: a naturalistic study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2003;27:667–74.
32. Prieto L, Sacristán JA, Hormaechea JA, et al. Psychometric validation of a generic health-related quality of life measure (EQ-5D) in a sample of schizophrenic patients. *Curr Med Res Opin.* 2004;20:827–35.
33. San L, Valladares A, Bernardo M, et al. Non-adherence to oral antipsychotics in schizophrenia: relapse and utilization of health care resources in a 6-month follow-up period. *Value Health.* 2009;12:A361.
34. Montejo AL, Correas-Laufer J, Mauriño J, et al. Estimation of a multiattribute utility function for the Spanish version of the Tool questionnaire. *Value Health.* 2011;14:564–70.
35. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Worbes-Cerezo M, et al. Health related quality of life of Canary Island citizens. *BMC Public Health.* 2010;10:675.
36. Tengs TO, Wallace A. One thousand health-related quality-of-life estimates. *Med Care.* 2000;38:583–637.
37. Mavranzouli I. A review and critique of studies reporting utility values for schizophrenia-related health states. *Pharmacoeconomics.* 2010;28:1109–21.
38. Brazier J. Measuring and valuing mental health for use in economic evaluation. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13 (Suppl 3):70–5.
39. Brazier J. Is the EQ-5D fit for purpose in mental health? *Br J Psychiatry.* 2010;197:348–9.
40. Papaioannou D, Brazier J, Parry G. How valid and responsive are generic health status measures, such as EQ-5D and SF-36, in schizophrenia? A systematic review. *Value Health.* 2011;14:907–20.
41. Singh B, Hawthorne G, Vos T. The role of economic evaluation in mental health care. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35:104–17.