

Retorno Social de la Inversión de un abordaje ideal de la psoriasis

Informe de resultados 2016

Promovido por:



Con el aval de:



Realizado por:



Con la colaboración de:





AUTORES

Almudena González¹, Yoana Ivanova¹, Margarita Jiménez¹, María Merino¹, Álvaro Hidalgo², Santiago Alfonso³, Gregorio Carretero³, Albert Ledesma³, Ester Sarquella³, Carles Blanch⁴, Angels Costa⁴, Grupo de Expertos del Proyecto SROI- PSORIASIS⁵

¹ Instituto Max Weber

² Universidad Castilla-La Mancha

³ Grupo SROI Comité Científico del Proyecto SROI- PSORIASIS:

D. Santiago Alfonso. Director-Gerente de Acción Psoriasis

Dr. Gregorio Carretero. Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Dr. Albert Ledesma. Director del Programa Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña

D^a. Ester Sarquella. Miembro del Comité Operativo del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria

⁴ Novartis

⁵ Grupo Expertos del Proyecto SROI- PSORIASIS:

Dra. Constança Albertí. Institut Català d' Avaluacions Mèdiques. Unitat d'estudis de la IT

D^a. Natalia Bueno. Enfermera, Hospital Fundación de Alcorcón, Madrid

Dr. Pablo de la Cueva. Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor

Dra. Catalina Graña. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Moaña

Dr. Emilio Ignacio. Presidente de la SECA. Profesor Titular del Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz

D^a. Josefa López. Enfermera. Hospital General de Jerez de la Frontera

D^a. Ana Lozano. Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital de Cabueñes

D. Antonio Manfredi. Acción Psoriasis

Dra. Inmaculada Mayoral. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid

Dr. David Moreno. Dermatólogo y Director de Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Dr. José Gabriel Muñoz. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Plaza Circular. Valladolid

D^a. Anna Oliva. Acción Psoriasis

D^a. Yolanda Pérez. Enfermera, Hospital Fundación de Alcorcón, Madrid

D^a. Fátima Rodríguez. Acción Psoriasis

Dr. Fernando Rodríguez. Médico de Atención Primaria. C.S. Santa María del Páramo. León

Dra. Sandra Ros. Psicóloga y miembro del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

D. David Trigos. Acción Psoriasis

D. Emili Vela. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat del CatSalut

Edita:



Instituto Max Weber
c/ Norias, 123
28221 Majadahonda (Madrid)
E-mail: imw@imw.es
ISBN: 978-84-608-6638-1
D.L.: M-12982-2016
Madrid, Mayo 2016

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	9
GLOSARIO.....	11
PREFACIO.....	13
PRÓLOGO.....	15
RESUMEN EJECUTIVO.....	17
1. INTRODUCCIÓN.....	23
1.1. Psoriasis.....	23
1.1.1. Epidemiología.....	23
1.1.2. Formas clínicas y localizaciones.....	24
1.1.3. Gravedad y tratamientos.....	25
1.2. SROI: Retorno Social de la Inversión.....	31
1.2.1. Antecedentes.....	31
1.2.2. Metodología.....	32
2. JUSTIFICACIÓN.....	35
3. OBJETIVOS.....	36
4. METODOLOGÍA.....	36
4.1. Encuesta a pacientes con psoriasis.....	36
4.1.1. Diseño muestral y población.....	36
4.1.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	36
4.1.3. Contenido del cuestionario.....	37
4.1.4. Recogida de información.....	38
4.1.5. Análisis de datos.....	38
4.2. Consulta a expertos.....	38
4.2.1. Participantes y funciones.....	39
4.2.2. Métodos de trabajo.....	40
4.3. Consideraciones metodológicas aplicadas al SROI.....	43
4.4. Análisis de sensibilidad.....	45
5. RESULTADOS.....	47
5.1. Afectación psico-social de los pacientes con psoriasis.....	47
5.1.1. Características demográficas.....	47
5.1.2. Tipología y zonas afectadas por la psoriasis.....	47
5.1.3. Afectación de la psoriasis en la vida del paciente.....	48
5.1.4. Disposición a pagar por mejorar la vida del paciente.....	52



5.2. Abordaje ideal multidisciplinar de la psoriasis	53
5.2.1. Diagnóstico	54
5.2.2. Psoriasis leve.....	56
5.2.3. Psoriasis moderada.....	58
5.2.4. Psoriasis grave	60
5.3. Retorno Social de la Inversión del abordaje ideal.....	63
5.3.1. Stakeholders.....	63
5.3.2. Outputs	65
5.3.3. SROI Diagnóstico	68
5.3.4. SROI Psoriasis leve	72
5.3.5. SROI Psoriasis moderada	75
5.3.6. SROI Psoriasis grave	81
5.3.7. SROI Total	86
5.3.8. Análisis de sensibilidad	87
6. CONCLUSIONES.....	89
7. BIBLIOGRAFÍA	93
8. ÍNDICE DE TABLAS	99
9. ÍNDICE DE GRÁFICOS	103
10. ÍNDICE DE FIGURAS.....	105
11. ANEXO I. SROI PSORIASIS IDEAL.....	107
11.1. Ratio SROI.....	107
11.2. Mapa de Impacto.....	107
11.3. Inputs.....	115
11.4. Outcomes, indicadores, apropiación del impacto y valoración.....	124
12. ANEXO II. CUESTIONARIO SOBRE LA AFECTACIÓN PSICO-SOCIAL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS	145



ABREVIATURAS

BSA	Body Surface Area
CatSalut	Servicio Catalán de la Salud
CAWI	Computer Assisted Web Interview
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
DAP	Disposición a pagar
DE	Desviación estándar
DLQI	Dermatology Life Quality Index
EC	Ensayos clínicos
HTA	Hipertensión Arterial
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRIS	Impact Reporting Investment Standards
IPC	Índice de precios de consumo
IV	Intravenoso
LGB	London Benchamarking Group
PASI	Psoriasis Area Severity Index
PPG	Psoriasis Pustulosa Generalizada
PPP	Pustulosis palmoplantar
PUVA	Psoraleno Rayos Ultravioleta A
SC	Subcutánea
Sem	Semana/s
SNS	Sistema Nacional de Salud
SROI	Social Return on Investment (Retorno Social de la Inversión)
TNF	Factor de necrosis tumoral
UCLM	Universidad de Castilla-La Mancha
UVA	Rayos ultravioletas A combinados
UVB	Rayos Ultravioleta B
UVBBE	Rayos Ultravioleta B banda estrecha
V	Vez/veces
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO

Atribución	Indica qué porcentaje del outcome se debe a la contribución de otras organizaciones o personas.
Decrecimiento	Indica el porcentaje de deterioro del outcome a lo largo del tiempo. Se aplica sólo a partir del segundo año.
Desplazamiento	Indica qué porcentaje de un outcome desplaza a otro outcome.
Duración	Tiempo (por lo general en años) que dura un outcome después de la intervención.
Impacto	Una medida bien definida para un outcome.
Ingreso	Inversión financiera de una organización.
Input	Contribución hecha por cada stakeholder y que es necesaria para que la actividad ocurra. Puede ser de naturaleza financiera o no financiera.
Mapa de impacto	Tabla que refleja cómo una actividad marca la diferencia, es decir, la forma en que utiliza sus recursos para ofrecer actividades que luego conducen a outcomes concretos para los diferentes stakeholders.
Monetizar	Asignar un valor financiero a algo.
Outcome	Es el resultado o cambio que se produce como consecuencia de la actividad. Puede ser esperado o inesperado, positivo o negativo.
Output	Es el producto tangible de una actividad en relación a los inputs de cada stakeholder.
Peso muerto	Indica qué porcentaje del outcome hubiese ocurrido aun si no se realizase la actividad.
Proxy	Valor aproximado en donde es imposible obtener una medida exacta.
Ratio SROI	Es el valor actual total del impacto dividido por la inversión total.
Ratio SROI neto	Es el valor actual neto del impacto dividido por la inversión total.
Stakeholders	Personas, organizaciones o entidades que experimentan un cambio, ya sea positivo o negativo, como resultado de la actividad que está siendo analizada.
Valor Actual Neto	Es el valor del dinero, en moneda de hoy, que se espera en el futuro, menos la inversión requerida para generar la actividad.
Valor financiero	Es el excedente económico generado por una organización en el curso de sus actividades.

PREFACIO

Tenemos ahora la oportunidad de iniciar una revolución en la atención sanitaria de la psoriasis, no la dejemos escapar.

El anhelo de nuestra asociación ha sido siempre conseguir una mejor asistencia sanitaria para los pacientes que sufrimos psoriasis y artritis psoriásica. Sin duda, el camino que hemos recorrido, desde el nacimiento de Acción Psoriasis hasta ahora, ha sido trepidante. Podemos hablar de una auténtica revolución en la investigación y en los tratamientos desarrollados que nos han permitido mejorar nuestra calidad de vida de una forma extraordinaria.

Ahora estamos convencidos de estar ante una nueva revolución de la que queremos ser parte, que estamos contribuyendo a impulsar, de la que también somos protagonistas. Hablamos de la revolución de la asistencia sanitaria de los pacientes crónicos, de las personas que sufrimos una enfermedad a lo largo de nuestra vida y que necesitamos un acompañamiento, en las diferentes etapas y situaciones en las que nos vamos a encontrar. Un apoyo sociosanitario integral que rompa las celdas actuales que miran al paciente de forma segmentada, por partes, pasando a una atención transversal que incluya su tratamiento físico, psíquico y su empoderamiento.

En este momento, como pacientes de psoriasis y artritis psoriásica, contamos, además, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud que reconoce la gravedad de nuestra patología y nos empuja a luchar por una mejor atención sanitaria.

Con el convencimiento de que estamos en un mundo de pacientes crónicos y de que hay que adaptar la asistencia sanitaria a esta cronicidad, más allá de la atención hospitalaria, hemos decidido impulsar el proyecto *Retorno Social de la Inversión en Psoriasis (SROI)*, del que nos sentimos realmente orgullosos.

Sabemos que una mejor atención sanitaria repercute en una mejor calidad de vida para el paciente y sabemos que esta mejoría repercute positivamente en la sociedad, desde el punto de vista social y también económico. Una persona que sufre psoriasis o artritis psoriásica, con una buena asistencia, no está de baja laboral, no se encierra en su casa por temor a que otros le miren, no se aleja de su familia y amigos.

Es por este motivo, que hemos puesto en marcha el proyecto SROI, en el que se demuestra que invertir en el paciente tiene un retorno social muy positivo y que es necesario y sostenible tratar a las personas con patologías crónicas, no solo desde el punto de vista físico sino desde una nueva atención sociosanitaria.

Dos características hacen de esta investigación una herramienta útil de la que esperamos que el sistema sanitario haga uso: su rigurosidad científica y la metodología colaborativa con la que se ha desarrollado, dando lugar a una propuesta de cambio de modelo construida por todos los agentes sanitarios implicados: gestores, dermatólogos, médicos de atención primaria, profesionales de enfermería, farmacia, psicología... y nosotros, los pacientes.

Es, pues, momento de dar un paso importante hacia adelante. Ofrecemos esta propuesta de nueva atención sociosanitaria a los gestores y profesionales sanitarios que administran y manejan el sistema sanitario con la intención de lograr un cambio en la atención a las patologías que sufrimos nosotros y también las de otras cronicidades.

Tenemos ahora la oportunidad de iniciar una revolución en la atención sanitaria, no la dejemos escapar.

Dr. Jaume Juncosa. Presidente de Acción Psoriasis.

Dr. Santiago Alfonso. Director de Acción Psoriasis.

PRÓLOGO

La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) es una entidad centenaria, nexo de los dermatólogos españoles, que tiene por objeto fomentar el estudio de la piel y de sus enfermedades en beneficio de los pacientes. En la consecución de su objetivo participan de forma muy activa los distintos grupos de trabajo, dedicados a campos concretos de la enfermedad cutánea. El Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV (GPs-AEDV) dedica su actividad al avance en el conocimiento de esta enfermedad, la Psoriasis.

Desde su creación, el GPs, a través de sus miembros, ha manifestado su deseo de participar en las distintas actividades que sobre Psoriasis se promueven, a nivel nacional e internacional. Entre los objetivos principales de este grupo, están el de promover estudios sobre la Psoriasis y sus implicaciones, así como el de generar protocolos de actuación, en el paciente con Psoriasis y el de establecer relaciones y alianzas con las asociaciones de pacientes con Psoriasis.

El proyecto Retorno Social de la Inversión de un abordaje ideal de la Psoriasis, es un buen ejemplo de compromiso con los objetivos del GPs. En el desarrollo de este proyecto, el GPs ha participado activamente, en colaboración con un grupo multidisciplinar de profesionales involucrados en el manejo y en la gestión de la Psoriasis, así como con los propios pacientes. Para el desarrollo del proyecto, el GPs ha contribuido a dibujar la situación actual del manejo de esta enfermedad y lo más importante, hemos tenido la oportunidad de volcar los conocimientos científicos y la experiencia del grupo, para proponer diferentes medidas de mejora del diagnóstico y del control de la enfermedad, en sus diferentes formas de severidad.

Uno de los aspectos más notables de este proyecto es la riqueza de conocimientos que se han conjuntado en el mismo. Partiendo de las necesidades y vivencias de las personas afectadas por esta enfermedad, continuando por las propuestas asistenciales de un abordaje ideal, que consideramos tendrían un impacto muy positivo en la calidad de vida del paciente y acabando con un exhaustivo análisis económico, que nos permita valorar, si las propuestas planteadas podrían tener impacto y aportar valor a los pacientes y a la sociedad, se ha completado un escenario amplio y novedoso de esta enfermedad, del que pensamos se podrán obtener importantes conclusiones prácticas.

Desde la AEDV y en especial desde el Grupo de Trabajo de Psoriasis, de acuerdo con nuestro plan estratégico, seguiremos impulsando iniciativas como este proyecto, así como la implementación de actuaciones que supongan una mejora continuada del manejo de la Psoriasis, en beneficio de los pacientes.

Dr. Gregorio Carretero Hernández. Coordinador Grupo de Trabajo de Psoriasis

RESUMEN EJECUTIVO

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria sistémica de la piel, que con frecuencia se asocia a distintas enfermedades concomitantes y de la que se desconoce su etiología, si bien es cierto que en algunos casos hay participación genética. Esta enfermedad presenta distintos grados de gravedad que se clasifican según el porcentaje de las extensiones de las lesiones en la piel, el/los lugar/es de localización y la afectación psicosocial del paciente.

La gravedad condicionará los tratamientos recibidos, así la psoriasis leve, afecta a menos de un 10% de la superficie corporal y es candidata a tratamiento tópico, la psoriasis moderada, ya afecta a un 10%-25% de la superficie corporal y el paciente no está excesivamente afectado psicológicamente, siendo candidato a tratamientos tópicos en monoterapia o en combinación con fototerapia, y por último la psoriasis grave afecta a más del 25% de la superficie corporal e implica tal afectación emocional que impide la realización de las actividades normales, siendo el tratamiento adecuado la fototerapia o medicamentos biológicos.

La psoriasis tiene un alto impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y es un problema de salud que afecta a los enfermos en todos los ámbitos de su vida, desde el físico, psicológico/emocional como el social y laboral.

Este proyecto persigue demostrar la importancia de conocer el impacto total de la enfermedad en la vida de los pacientes con psoriasis y cómo un nuevo enfoque de la misma en el Sistema Nacional de Salud, se traduce en términos clínicos, asistenciales, económicos y sociales que mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Este abordaje ideal considera intervenciones sanitarias a nivel del diagnóstico de la enfermedad, así como en el tratamiento y seguimiento de la psoriasis, teniendo en cuenta los distintos grados de gravedad de la psoriasis.

La psoriasis

Actualmente, en España se estima que la psoriasis afecta a un 2,3% de la población produciéndose 14 casos nuevos al año por 10.000 habitantes. Del total de la población enferma se estima que alrededor de un 30% sufre psoriasis moderada a grave.

Los pacientes con psoriasis también pueden padecer otras enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, artritis psoriásica, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes, depresión y ansiedad, entre otras. Todo esto y junto a que muchos de ellos tienen afectadas zonas que presentan alta visibilidad, los pacientes tienen una calidad de vida negativa.

En la actualidad no existen modelos asistenciales para un tratamiento y seguimiento multidisciplinar de los pacientes que aborden la enfermedad ni sí misma ni en las patologías que la pudiesen acompañar, lo que impacta en la calidad de vida de los pacientes. De hecho los pacientes afirman que en la actualidad no existen herramientas que proporcionen una visión completa del impacto de la psoriasis sobre sus vidas.

Retorno Social de la Inversión

En este trabajo se mide el valor social del impacto de un abordaje ideal de la psoriasis con horizonte temporal de un año. Para ello se ha utilizado la metodología SROI, Retorno Social de la Inversión, que es la herramienta que permite analizar, contextualizar y cuantificar el impacto social del nuevo enfoque de la enfermedad, lo que facilitará la toma de decisiones que contribuyan a maximizar su valor social.

Encuesta y consultas a expertos

Se ha realizado una encuesta a pacientes con psoriasis con la colaboración de Acción psoriasis, asociación de pacientes que ésta íntimamente relacionada con los pacientes y plenamente involucrada con la enfermedad.

La encuesta ha permitido dar a conocer la tipología y gravedad de la psoriasis, la afectación de la vida de los pacientes, en el ámbito físico, psicológico/emocional, social y actividades de la vida cotidiana de los pacientes adultos con psoriasis residentes en España.

También se ha podido conocer cuánto estarían dispuestos a pagar estos enfermos por mejorar ciertos aspectos de su vida afectados y el uso de los recursos sanitarios debidos a su enfermedad.

Para detectar los puntos críticos del proceso asistencial de los pacientes con psoriasis y realizar recomendaciones para un abordaje ideal de la enfermedad, desde los distintos ámbitos (diagnóstico, tratamiento y seguimiento en función de la gravedad), se ha contado con el consenso de varios comités multidisciplinares, un comité científico, comité de expertos y colaboradores.

Los comités realizaron diferentes propuestas para introducir en un abordaje ideal de la enfermedad basándose en evidencias científicas y en su experiencia como clínicos, gestores y pacientes.

Se requirió el acuerdo entre todos los miembros de los comités para establecer un enfoque práctico y real de las recomendaciones.

Las propuestas se estructuraron por grandes apartados (diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la psoriasis leve, moderada y grave), y a partir de éstas se pidió a los miembros de los comités que la valoraran y puntuaran qué aspectos de la vida de los pacientes consideraban que mejorarían (ámbito laboral, educativo, familiar, autocuidado, actividades cotidianas, ocio/cultura, ámbito comunitario, relaciones sociales y área emocional), lo que permitió obtener un consenso.

Resultados

Los resultados del SROI se han dividido en las cuatro áreas según gravedad: diagnóstico, psoriasis leve, psoriasis moderada y psoriasis grave.

Encuestas

La edad media de la muestra es de 46,5 años con mayor representación de Cataluña (17,2%), Comunidad de Madrid (15,2%), Andalucía (15,1%), Comunidad Valenciana (8,1%), Castilla y León (6,3%) y Galicia (5,6%).

Respecto a la afectación de los distintos ámbitos de la vida, los pacientes con psoriasis moderada-grave presentan mayor afectación que los que padecen psoriasis leve.

Ámbitos afectados	Psoriasis leve	Psoriasis moderada-grave
Ámbito emocional	64,4%	73,9%
Ámbito del ocio	43,1%	54,7%
Ámbito de la sexualidad	22,1%	30,7%
Ámbito de las relaciones sociales	19,4%	22,7%
Ámbito familiar	13,1%	19,8%
Ámbito de actividades cotidianas	13,6%	19,8%

Ámbito comunitario	10,4%	19,7%
Ámbito laboral	13,6%	16,4%
Ámbito de autocuidado	8,5%	14,5%
Ámbito escolar	11,1%	12,9%

En relación a la disposición a pagar por mejorar sus vidas, los ámbitos más destacados son los siguientes:

Disposición a pagar	Psoriasis leve	Psoriasis moderada-grave
Ámbito emocional	662,9 €	721,0 €
Ámbito del ocio	516,9 €	513,7 €
Ámbito de la sexualidad	785,0 €	745,8 €
Ámbito familiar	803,6 €	843,1 €
Ámbito laboral	781,3 €	843,8 €
Ámbito escolar	875,0 €	937,5 €

Propuestas

Las acciones propuestas para el abordaje ideal de la enfermedad se concretan en 28. A nivel de diagnóstico se propusieron 5, en psoriasis leve 8 (4 para seguimiento y 4 para tratamiento), en psoriasis moderada 7 (4 para seguimiento y 3 para tratamiento) y 8 en psoriasis grave (5 para seguimiento y 3 para tratamiento).

SROI en psoriasis

Este trabajo considera que las organizaciones o personas que sufrirán un cambio sustancial con el abordaje ideal de las psoriasis son el SNS en su conjunto, los servicios de dermatología, los clínicos de atención primaria, el personal de enfermería (atención primaria y hospitalaria), la farmacia hospitalaria, psicología, los servicios de nutrición y el paciente con psoriasis.

Finalmente las propuestas incluidas en el abordaje ideal se resumen en 24, 2 de ellas afectan a la psoriasis en su conjunto mientras que 22 afectan a las áreas concretas consideradas, 3 para diagnóstico, 2 para psoriasis leve, y para psoriasis moderada y grave, 9 y 8, respectivamente.

El cálculo que permite obtener el retorno social, compara los beneficios totales de las propuestas del abordaje ideal respecto a la inversión requerida para implantar estas recomendaciones, es decir cuánto retorno se obtiene por cada euro invertido.

Así en el área de diagnóstico, por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 6,90 €, en el área de psoriasis leve por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 15,81 €, el área de psoriasis moderada por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 1,95 € y en el área de psoriasis grave por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 2,05 €.

Al considerar el abordaje ideal de la psoriasis como un "todo", es decir, que cada una de las áreas no se pueden manejar de forma aislada sino de manera global, el retorno social obtenido es de 5,04 €, es decir, de cada euro invertido en el abordaje ideal de la psoriasis se obtiene un retorno social de 5,04 €.

Resumen de la Inversión versus Retorno en cada una de las áreas de la psoriasis. Ratio SROI

Áreas	Inversión	Retorno	Ratio SROI
Diagnóstico	23.377.845,50 €	161.363.059,86 €	6,90 €
Psoriasis leve	40.992.603,85 €	648.101.301,91 €	15,81 €
Psoriasis moderada	113.295.575,68 €	221.340.962,86 €	1,95 €
Psoriasis grave	45.105.755,86 €	92.306.525,74 €	2,05 €
Psoriasis	222.771.780,89 €	1.123.111.850,37 €	5,04 €

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica de la piel¹, con participación multiorgánica viéndose afectado el aparato locomotor, y que con frecuencia se asocia a distintas patologías concomitantes². Es una enfermedad crónica que se caracteriza por un curso clínico de recaídas y remisiones persistentes durante toda la vida del paciente³.

La etiología no es del todo conocida, pero se sabe que en el desarrollo de la psoriasis participan factores ambientales (estrés, infecciones bacterianas o víricas, ciertos fármacos, etc.) y genéticos. De hecho, aproximadamente un tercio de los pacientes con psoriasis tienen antecedentes familiares. El alelo HLA-Cw6 se considera un marcador de riesgo para el desarrollo de la enfermedad y se asocia con un inicio precoz¹.

La aparición y distribución de la psoriasis es variable. El inicio ocurre de manera gradual y con una distribución simétrica. Se caracteriza por el brote de pápulas y placas eritematosas bien delimitadas cubiertas de escamas finas y nacaradas de tamaño variable, entre uno y varios centímetros¹. Esto puede atribuirse a una hiperproliferación de queratinocitos epidérmicos y fallos en la regulación de la relación epidermis-dermis, microvascularización cutánea y el sistema inmunitario⁴.

Puede aparecer prurito y cursa con intensidad variable. Las zonas más afectadas suelen ser el cuero cabelludo, la región lumbosacra y la superficie de extensión de las extremidades, sobre todo codos y rodillas¹.

Los dermatólogos desempeñan un papel fundamental en la detección precoz ya que, en el 70%-80% de los casos, las lesiones cutáneas preceden a la afectación articular⁵. También puede estar asociada con varias enfermedades sistémicas como la enfermedad de Crohn, el síndrome metabólico, la depresión o el cáncer. Los pacientes con psoriasis moderada a grave tienen mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, casi tres veces superior al de la población general⁶.

Por tanto, esta enfermedad tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes³.

1.1.1. Epidemiología

La psoriasis presenta una prevalencia diferente en función del país, pudiendo variar desde un 0% a un 11,8% con una media del 3%⁷. Así, en Estados Unidos afecta a un 2,2%-2,6% de la población⁷ mientras que en Europa tiene una prevalencia del 2%-3%⁸.

En la actualidad, se estima que la prevalencia de la psoriasis en España es del 2,3%, lo que supone un aumento con respecto a las estimaciones de prevalencia previas. Esto podría significar un mayor conocimiento y diagnóstico de la enfermedad más que un incremento de la propia prevalencia⁹.

No se han encontrado diferencias significativas entre sexos, pero sí en función de los grupos de edad. De hecho se ha observado que afecta a menos de un 16%, tanto en menores de 29 años como en los enfermos con edades comprendidas entre 45-54 años, mientras que para los grupos de edad entre 30-44 años y mayores de 55 años se alcanzan valores del 24,5% y 28,4% respectivamente⁹.

Respecto a la incidencia en España, se estima que es de 14 casos por 10.000 personas/año¹⁰.

Se considera que aproximadamente el 70,5% de los pacientes presentan una psoriasis leve, con prevalencias del 19% y 10%, para la psoriasis moderada y grave, respectivamente¹¹.

1.1.2. Formas clínicas y localizaciones

A continuación se resumen los diferentes tipos de psoriasis y sus localizaciones:

1.1.2.1. Psoriasis vulgar (en placas)

Este tipo de psoriasis es la más común, manifestándose en el 90% de los adultos. Se caracteriza por la presencia de placas escamosas, eritematosas, muy bien delimitadas, que suelen distribuirse de forma simétrica por la superficie corporal, generalmente asintomáticas, que pueden ser pruriginosas. Los sitios más afectados son el cuero cabelludo, codos, rodillas y la región sacra¹².

Las localizaciones de las placas pueden persistir desde meses hasta años, y las lesiones pequeñas pueden confluir formando grandes placas, adoptando un aspecto circinado, o aclararse en el centro adoptando una morfología anular¹².

1.1.2.2. Psoriasis guttata (en gota)

Este tipo de psoriasis afecta a una minoría de pacientes (<2%), y afecta entre un 44%-95% de niños y adolescentes¹². Son placas de pequeño tamaño pequeño (0,5-1,5cm) y se distribuyen preferentemente en tronco y tercio proximal de las extremidades, respetando generalmente las palmas y plantas.

El pronóstico en niños es muy bueno pues suele remitir de manera espontánea (en el plazo de semanas o meses), mientras que en adultos, estas lesiones suelen cronificarse¹².

1.1.2.3. Psoriasis eritrodérmica

Este tipo de psoriasis puede ser la primera manifestación de la enfermedad, o aparecer combinada a la psoriasis en placas o psoriasis inestable por confluencia de nuevas placas. Se caracteriza por eritema generalizado que puede afectar al 90% de la superficie corporal, no siendo frecuente la afectación del rostro¹².

1.1.2.4. Variantes pustulosas

Psoriasis pustulosa generalizada (PPG): se trata de una manifestación inusual de la psoriasis. Se caracteriza por placas eritematoedematosas sobre las que aparecen lesiones pustulosas. Suele cursar con afectación sistémica, incluyendo hipoalbuminemia, ictericia o fallo renal¹².

Impétigo herpetiforme (psoriasis gestacional o del embarazo): es un brote de psoriasis que aparece durante el tercer trimestre del embarazo. Suele iniciarse de forma simétrica con pústulas diminutas que se extienden centrífugamente dejando un centro claro. Generalmente existe historia familiar o personal de psoriasis¹².

Pustulosis palmoplantar (PPP): este tipo de psoriasis afecta a adultos con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años, y principalmente a mujeres (80%-90%). El 25% de los pacientes tienen antecedentes familiares. Se caracteriza por la aparición, en palmas y plantas, de placas eritematoescamosas simétricas con pústulas estériles de pocos milímetros. Es de curso crónico, y además se asocia con lesiones óseas inflamatorias estériles. La coloración es amarillenta y evoluciona a marrónáceo desapareciendo en 8-10 días. Es común la presencia de pústulas en distintos estadios de evolución¹².

Acral: la afectación palmoplantar se estima en un 12%, y se caracteriza por la presencia de placas eritematoescamosas bien definidas que pueden evolucionar hacia la formación de fisuras dolorosas. En ocasiones la hiperqueratosis y la fisuración dominan el cuadro con un eritema mínimo. La afectación suele ser bilateral y palmas y plantas se afectan por igual¹².

Debemos señalar que puede suponer una importante limitación para el paciente aunque sólo se afecte un pequeño porcentaje de la superficie corporal total¹².

1.1.2.5. Acrodermatitis continua de Hallopeau (acrodermatitis pustulosa)

Es un trastorno raro que se caracteriza por la aparición de pústulas estériles en las puntas de los dedos de manos y pies. La pustulación del lecho ungueal y de la matriz, lleva a la pérdida de la lámina ungueal, onicodistrofia grave y, en los casos de larga duración, a la destrucción completa del lecho ungueal e incluso a la osteolisis de la falange distal¹².

1.1.2.6. Psoriasis invertida

Se estima que aparece en un 2%-6% de los pacientes psoriásicos y es poco frecuente en niños, con la excepción de la psoriasis del área del pañal que se observa en lactantes¹².

Se caracteriza por placas eritematosas, bien delimitadas, brillantes y con escasa descamación, afecta a zonas intertriginosas o pliegues de flexión¹². En algunas ocasiones puede llegar a confundirse con candida, intertrigo e infecciones dermatofíticas¹³.

1.1.2.7. Afectación ungueal

La afectación ungueal es frecuente, entre un 10%-78%. Un 5% de los pacientes psoriásicos sólo presentan afectación ungueal. En general, es más frecuente la afectación de las uñas de las manos que la de los pies¹².

1.1.3. Gravedad y tratamientos

En la práctica dermatológica, se define la gravedad de la enfermedad en función del porcentaje de superficie corporal afectada (BSA) o el índice de gravedad y área de psoriasis (PASI).

Además del BSA y PASI, también habrá que tener en cuenta la extensión e intensidad de las lesiones, presencia de formas especiales, topografía de las lesiones (afectación facial, flexural, genital, etc.), la limitación psicosocial que provoca en el paciente y la afectación del estado general¹⁴.

La gravedad también puede venir definida en función de la respuesta frente al tratamiento y la necesidad de administrar terapias más agresivas¹⁵.

1.1.3.1. Psoriasis leve

Es una psoriasis en placas, estable, que afecta a menos del 10% de la superficie corporal¹⁴. Este tipo de psoriasis es susceptible de respuesta al tratamiento tópico¹⁵. Estos medicamentos generalmente son efectivos, seguros y bien tolerados. Entre los inconvenientes destacan, en primer lugar el tiempo necesario para su aplicación; en segundo lugar, el ser un tratamiento a largo plazo; y por último, el conseguir raramente la resolución completa de las lesiones, lo que hace difícil una adecuada adherencia a estos tratamientos¹⁶.

Existen diferentes formas farmacéuticas recomendadas en función de la zona afectada¹⁷, junto a ellas se pueden utilizar emolientes para evitar la sequedad excesiva de la piel y queratolíticos, como el ácido salicílico, que eliminan las escamas y facilitan la penetración de otros medicamentos¹.

En la Tabla 1 se muestra el cuadro resumen de los tratamientos tópicos que se emplean en la psoriasis leve en función de sus características¹⁸.

Tabla 1. Características de los tratamientos tópicos

Tratamiento	Eficacia	Adecuado para inducir remisión	Adecuado como tratamiento de mantenimiento	Aceptación por el paciente
Corticoides*	√√√√	√√√	√	√√
Análogos de vitamina D	√√√	√√√	√√√	√√
Tazaroteno	√√	√√	√√	√√
Ditranol	√√	√√	-	-
Brea de hulla	√	√	-	-

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network¹⁸. * Potentes o muy potentes, asociados o no con análogos de la vitamina D.

1.1.3.2 Psoriasis moderada

Psoriasis que afecta del 10%-25% de la superficie corporal, excepto si afecta a cara, manos y pies, genitales o pliegues, y siempre que no exista afectación articular. El estado psicológico del paciente no está excesivamente afectado¹⁴.

Los tratamientos tópicos indicados para la psoriasis moderada¹⁹ también se pueden utilizar en monoterapia o en combinación con fototerapia²⁰. Aun así, la tendencia general es considerar estos fármacos exclusivamente para el tratamiento de la psoriasis leve.

La fototerapia-fotoquimioterapia es un tratamiento que se utiliza cuando las placas son muy extensas, y los tratamientos tópicos han fracasado¹⁴. Este tipo de tratamiento es muy eficaz y además es coste-efectivo²¹. Carece de efectos tóxicos sistémicos y propiedades inmunosupresoras³.

La terapia se realiza con los rayos ultravioletas B de banda estrecha (UVBBE), considerada de primera elección en la fototerapia de la psoriasis²² o rayos ultravioletas A combinados (UVA). Su mecanismo de acción interfiere con la síntesis de proteínas y ácidos nucleicos reduciendo la proliferación de queratinocitos epidérmicos²³ junto a un efecto antiinflamatorio secundario²².

Los UVBBE se utilizan en combinación con tazaroteno, análogo de la vitamina D o tratamientos sistémicos y los rayos ultravioleta A en combinación con psoraleno (PUVA), con los que se consiguen remisiones duraderas¹.

En primer lugar se utiliza la radiación UVBBE por tener menor riesgo fotocancerígeno a corto plazo respecto a la fotoquimioterapia (PUVA), junto a que no requiere empleo de medicación oral antes de cada sesión, pero la remisión que se consigue es menor³.

Debido a la amplia dedicación que requiere, este tratamiento podría presentar problemas en el mundo laboral así como afectar negativamente a la calidad de vida³.

1.1.3.3 Psoriasis grave

Actualmente existen varios parámetros que definen la psoriasis moderada a grave¹ pero, en general, se acepta que los pacientes con BSA > 5% presentan psoriasis moderada a grave²⁴. Para la mayoría de los autores la psoriasis grave se define con "la regla de los 10": PASI > 10, o BSA > 10, o una puntuación en la escala de calidad de vida Dermatology Life Quality Index > 10²⁵.

Este tipo de psoriasis afecta a más del 25% de la superficie corporal, o bien si afecta a cara, manos y pies, genitales o pliegues. Produce afectación articular con limitación de la movilidad. Implica perturbación emocional que impide el desarrollo de las actividades normales^{14,26}. En caso de psoriasis aguda se incluye la PPP, la eritrodermia psoriásica y la psoriasis en extensión rápida¹⁴.

La ubicación de la zona corporal afectada puede influir en la calidad de vida y salud psicosocial del paciente, independientemente de la extensión de BSA. Así se consideran pacientes con psoriasis grave aquellos que presentan una afectación significativa de la BSA o no, pero localizada en áreas con alta repercusión funcional o de difícil tratamiento tópico²⁶.

A este nivel, la psoriasis es extensa, pueden ser las formas eritodérmicas y pustulosas y formas incapacitantes¹⁴: las que presentan una gran extensión (BSA > 5-10%, o PASI > 10), con empeoramiento rápido o limitación funcional (palmoplantar, genital), percepción de gravedad subjetiva (DLQI > 10) y/o asociación con artropatía psoriásica¹⁵.

Los tratamientos indicados son:

1) Tratamiento sistémico convencional (Tabla 2).

Se puede administrar en monoterapia o junto a UVB o PUVA¹⁴, y en este último caso aumenta la eficacia (Tabla 4).

Tabla 2. Características de las terapias sistémicas convencionales disponibles

Tratamiento	Posología	Vía	Acontecimientos Adversos
Metotrexato	Inicial: 7,5 mg/semana Cada 4-6 semanas: aumentar en 2,5mg Dosis máxima: 25 mg/semana	Oral Subcutánea Intramuscular	Hepatotoxicidad Toxicidad hematológica Fibrosis pulmonar Efectos gastrointestinales Teratogenia
Ciclosporina	Inicial: 2,5 mg/Kg/día repartidos en 2 veces/día Cada dos semanas: ir aumentando si es necesario Dosis máxima: 5 mg/Kg/día	Oral	Nefrotoxicidad Hipertensión arterial
Acitretina	Inicial (2-4 semanas): 10-20 mg/día repartidos en 2 veces/día Dosis de mantenimiento: 25-50 mg/día ajustada a la mínima dosis eficaz Dosis máxima: 75 mg/día durante 6 meses máximo	Oral	Alteración niveles transaminasas, colesterol y triglicéridos Artralgias y mialgias Teratogenia

Fuente: Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, 2013. I. Consideraciones de eficacia y selección del tratamiento²⁷. Documento de consenso: acitretina: guía de uso en psoriasis 2013²⁸.

2) Tratamientos biológicos (Tabla 3).

Los fármacos biológicos inmunomoduladores, etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab y secukinumab, se reservan para la psoriasis en placa que no responde al tratamiento sistémico convencional, o en pacientes con contraindicación o intolerantes a PUVA^{15,18,29,30}.

En ciertas circunstancias, los pacientes con psoriasis pueden no cumplir los criterios anteriormente indicados pero sin embargo se consideran candidatos para el tratamiento, pues las zonas afectadas presentan un elevado impacto social o funcional³¹.

Estos medicamentos bloquean los pasos específicos de la patogénesis de la enfermedad a través de la inhibición del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) mediante mecanismos de acción distintos. El etanercept es una proteína dimérica (indicado en psoriasis en placas crónica grave en niños a partir de 6 años y adolescentes) mientras que adalimumab, infliximab, ustekinumab y secukinumab son anticuerpos monoclonales.

Con este tipo de fármacos se debe evaluar la respuesta inicial al tratamiento y posteriormente de forma continuada. En caso de falta o pérdida de respuesta se valorará el cambio a otra terapia biológica. El perfil de seguridad de todos estos fármacos es muy similar³.

Tabla 3. Características de las terapias biológicas

Medicamento	Pauta posológica		Vía admón.	Diana terapéutica	Consideraciones	Observaciones
	Inicial	Mantenimiento				
Adalimumab	Sem 0: 80mg Sem 1: 40mg	Sem 3: 40mg/2sem	SC*	TNF α	Insuficiencia cardiaca. Infecciones activas (tuberculosis)	Si no hay respuesta tras 16 semanas: reconsiderar continuar
Etanercept	Inducción: 50mg / 2v/sem, 12sem	25 mg/2v/sem o 50 mg/sem Niños >6años: 0,8 mg/kg/sem (max.50mg/ sem)	SC*	TNF α	Granulomatosis de Wegener. Infecciones activas (tuberculosis)	Si no hay respuesta tras 12-24 semanas: cesar. Posibilidad de tratamiento intermitente. Anticuerpos no neutralizantes generalmente transitorios
Infliximab	Sem 0, 2 y 6: 5mg/kg	5 mg/kg/8 sem	Perfusión IV (2h)**	TNF α	Insuficiencia cardiaca. Infecciones activas (tuberculosis)	Si no hay respuesta tras 14 semanas: suspender tratamiento
Ustekinumab	Sem 0 y 4 \leq 100kg: 45mg >100kg: 90mg	Cada 12 sem \leq 100 kg: 45 mg >100 kg: 90 mg	SC*	IL-12/IL23	Infecciones activas (tuberculosis)	Si no hay respuesta tras 28 semanas: suspender tratamiento. No se han descrito síntomas compatibles con enfermedades desmielinizantes
Secukinumab	Sem 0, 1, 2 y 3: 300mg	Sem 4: 150mg /2v/día/1v mes	SC*	IL-17A	Infecciones activas (tuberculosis)	Si no hay respuesta tras 16 semanas: reconsiderar continuar
Apremilast(*)	Día1: 10mg Día2: 20mg Día3: 30mg Día4: 40mg Día5: 50mg	Día 6 y sucesivos: 30mg /2v/ día	Oral	PDE4	Embarazo	No hay evidencia clínica más allá de las 52 semanas

Fuente: Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha 2013³. EMA, 2015²⁹. EMA 2016³⁰. IV: Intravenoso. Sem: semana/s. SC: Subcutánea. v: vez/veces.*Permite auto-administración.**Administración hospitalaria por personal especializado. PDE: fosfodiesterasa (*) Apremilast no es un fármaco biológico pero se presenta conjuntamente con los fármacos biológicos ya que su indicación es como segunda línea de tratamiento

A continuación, se muestra un resumen de las líneas de tratamiento en función del grado de gravedad de la enfermedad (Figura 1).

Figura 1. Líneas de tratamiento para psoriasis leve, psoriasis moderada y psoriasis grave

Leve	Tratamiento Tópico
Moderado	1ª LÍNEA: FOTOTERAPIA SISTÉMICO CONVENCIONAL BIOLÓGICO (Secukinumab) 2ª LÍNEA: BIOLÓGICO (etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab) SI NO SE PUEDE APLICAR 1ª LÍNEA debido al lugar de localización de la placa Apremilast
Grave	1ª LÍNEA: FOTOTERAPIA SISTÉMICO CONVENCIONAL BIOLÓGICO (Secukinumab) 2ª LÍNEA: BIOLÓGICOS (etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab Apremilast)

Fuente: Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha 20133. EMA, 201529, EMA 201630.

4) Combinaciones terapéuticas

En la Tabla 4 se especifica la utilidad de las distintas combinaciones terapéuticas.

En la actualidad existen numerosos documentos de consenso españoles que indican las posibles combinaciones de fármacos para el tratamiento de la psoriasis^{19,22,28,32,33}, y en concreto, el Documento de Consenso de las Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave con agentes biológicos indica la terapia combinada de los medicamentos biológicos y sistémicos²⁶. Sin embargo, en la actualidad dichas combinaciones aún no han sido aprobadas para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave³⁴.

Los potenciales beneficios de la combinación de medicamentos se podría utilizar en caso de que la monoterapia con biológicos sea insuficiente, o bien para disminuir la toxicidad por reducción de la dosis o incluso en caso de situaciones de fallo secundario de un biológico³³.

Tabla 4. Propuesta de terapias combinadas

	Principio activo	Efectos sinérgicos
Combinaciones tópicas	Tazaroteno y corticoides	Sí
	Calcipotriol y tazaroteno	Sí
	Derivados de la vitamina D y corticoides*	Sí
	Ácido salicílico y corticoides	Sí
Medicación tópica y fototerapia	Emolientes	Sí
	Ácido oleico y UVB	Sí
	Vaselina capa gruesa y UVB	Contraindicada
	Vaselina salicilada y UVB	Contraindicada
	Calcipotriol y PUVA	Sí**
	Calcipotriol y UVB	Sí**
	Tazaroteno y PUVA	Sí. Reducción dosis PUVA
	Tazaroteno y UVB	Sí. Reducción dosis UVB
	Antralina y PUVA	Sí. Sin significación estadística
	Antralina y UVB	Sí
Corticoides y UVB	Sí. Sin significación estadística	
Agentes tópicos y sistémicos	Corticoides y acitretina	Sí
	Calcipotriol y acitretina	Sí
	Calcipotriol y ciclosporina	Sí. Sin significación estadística
Medicación sistémica y fototerapia	Acitretina y UVBBE	Sí. Permite reducción dosis UVBBE y de acitretina
	Metotrexato y UVBBE	Sí. Permite reducción dosis UVBBE
	Ciclosporina y UVBBE	Sí. Permite reducción dosis UVBBE
Combinaciones sistémicas	Acitretina y metotrexato	Sí. Permite reducción de dosis, ambos fármacos o suspensión de uno de ellos
	Ciclosporina y metotrexato	Sí. Permite disminución dosis de ambos fármacos
Medicaciones biológicas y fototerapia	Etanercept y UVBBE (EC)	Sí. Momentos puntuales
Medicaciones biológicas y sistémicos	Etanercept y metotrexato (EC)	Sí. Reducción dosis etanercept
	Etanercept y acitretina (EC)	Sí. Reducción dosis etanercept
	Etanercept y ciclosporina	Sí. De manera puntual
	Infliximab y metotrexato (EC)	Sí. Reducción dosis infliximab

Fuente: Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis 2009¹⁹. Documento de consenso de fototerapia en psoriasis del Grupo Español de Psoriasis 2011²². Documento consenso: acitretina: guía de uso en psoriasis 2013²⁸. Documento consenso: metotrexato: guía de uso en psoriasis 2010³². Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave con agentes biológicos 2009²⁶. Ara, et al. 2015³³. EC: Ensayos clínicos. * De forma alterna o derivados de la vitamina D entre semana y corticoides el fin de semana. ** Se puede aplicar después de las sesiones o dos horas antes, para evitar la inactivación del producto y la aparición de sensación urente.

1.2. SROI: Retorno Social de la Inversión

1.2.1. Antecedentes

El Retorno Social de la Inversión (SROI) es un método utilizado para analizar, contextualizar y cuantificar el impacto social de la actividad de una empresa u organización en la sociedad³⁵. Fue desarrollado por primera vez en 1996 por el Fondo de Desarrollo de la Empresa Roberts³⁶.

En revisiones posteriores a la metodología original se han ido integrando los principios y procesos utilizados normalmente en las evaluaciones económicas y de rentabilidad financiera de la inversión, para construir un marco capaz de capturar el impacto total de una intervención (no sólo económico, sino también social y ambiental)³⁷.

En 2008, se creó la red internacional de analistas independientes (SROI Network)³⁸, presente ya en más de cuarenta países incluido España³⁹, que fomenta y promueve el uso de esta metodología. Es por ello que, en los últimos años, SROI ha comenzado a utilizarse de forma creciente por parte de distintas organizaciones.

Uno de los sectores en los que se aplica y se considera muy útil es la salud pública. Gracias a algunos análisis ya realizados, por ejemplo, en el ámbito de enfermedades víricas (VIH), asma infantil o lesiones de médula espinal, se pueden obtener conclusiones importantes a la hora de utilizar esta metodología en dicho ámbito⁴⁰:

- El uso de múltiples fuentes de datos mejora la confiabilidad del análisis.
- La aplicación de la paridad del poder adquisitivo facilita la comparación de costes, es decir, una moneda debe tener el mismo poder adquisitivo en cualquier parte del mundo.
- Los grupos de interés, que se verán involucrados en el análisis y en los que va a repercutir una intervención, son los que mejor y de forma más realista pueden valorar los resultados y los cambios que van a experimentar.
- La atribución del retorno debe determinarse desde un punto de vista objetivo.

En España, este estudio es el primero que se hace en dermatología y concretamente en psoriasis por tratarse de una enfermedad crónica de alto impacto en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. El coste de oportunidad de una inversión del Sistema Nacional de Salud (SNS) es muy alto, por lo que un análisis del Retorno Social de la Inversión facilitaría la toma de decisiones al respecto, creando el máximo valor social para todos los grupos de interés.

1.2.2. Metodología

Para obtener el retorno social se comparan los beneficios totales del proyecto respecto a la inversión requerida para generar estos beneficios durante un período de tiempo determinado.

$$\text{SROI} = \frac{\text{Valor Actual (valor actual total del impacto)}}{\text{Valor de los inputs (o inversión total)}}$$

El resultado de este cálculo indica cuánto retorno se obtendrá por cada euro invertido. Por ejemplo, si la ratio es igual a cuatro, cada euro invertido supondrá un retorno social de cuatro euros.

Así pues, SROI es un proceso completo para llegar a la conclusión de cuánto valor se crea, comunicándose posteriormente a los grupos de interés involucrados.

Existen dos tipos de análisis SROI⁴¹:

- *Retrospectivo o evaluativo*: utiliza datos históricos y resultados que ya han sido obtenidos, y es útil para evaluar el impacto de las actividades ya realizadas en el pasado.
- *Prospectivo o de pronóstico*: es la predicción del valor futuro que se creará si las actividades propuestas se llevan a cabo, y si se alcanzan los resultados deseados.

Para elaborar un análisis del retorno social hay que basarse en una serie de principios que le confieren rigor al proceso y que se detallan a continuación^{41,42}:

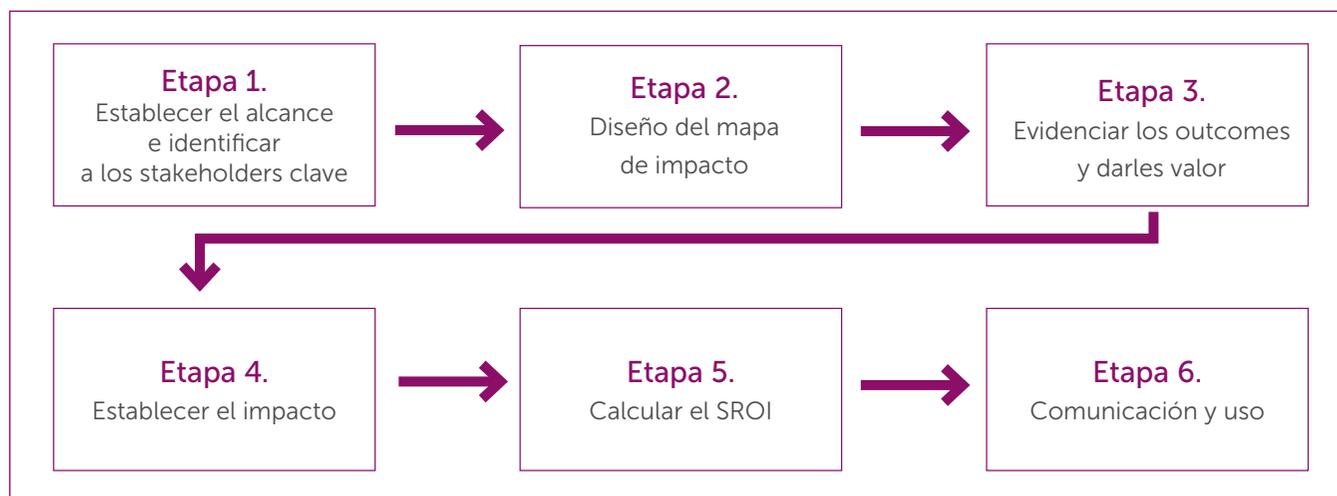
1. Involucrar a las personas, organizaciones o entidades relevantes (stakeholders). Es necesario recoger en un mapa de impacto las necesidades y objetivos de cada actor involucrado en el sistema, para luego poder dar valor a dicho impacto y analizarlo.
2. Comprender cuál es el cambio que se producirá y el proceso mediante el cual se llega a él. Tiene en cuenta tanto los cambios positivos como los negativos, previstos e imprevistos.
3. Valorar lo que importa. Es necesario el uso de aproximaciones financieras ("proxies").
4. Incluir sólo la información esencial que sea útil para poder obtener conclusiones sobre el impacto.
5. Contemplar solamente el valor que se haya creado o se espere crear, ajustando el porcentaje del impacto atribuido a las actividades realizadas.
6. Ser transparente, explicar y documentar cada decisión.
7. Comprobar el resultado obtenido.

Antes de proceder a explicar las etapas del análisis SROI, conviene definir una serie de términos utilizados que normalmente se nombran en inglés⁴¹:

- Stakeholders: personas, organizaciones o entidades que experimentan un cambio, ya sea positivo o negativo, como resultado de la actividad que está siendo analizada.
- Inputs: contribuciones hechas por cada stakeholder y que son necesarias para que la actividad ocurra. Pueden ser de naturaleza financiera o no financiera.
- Output: es el producto tangible de una actividad en relación a los inputs de cada stakeholder.
- Outcomes: son los resultados o cambios que se producen como consecuencia de la actividad. Pueden ser esperados o inesperados, positivos o negativos.

La realización de un análisis SROI supone seguir una serie de etapas^{41,42} (Figura 2):

Figura 2. Etapas del SROI



Fuente: Elaboración propia a partir de la Guía para el Retorno Social de la Inversión⁴¹.

Etapa 1. Establecer alcance e identificar los stakeholders clave.

Para establecer la magnitud del análisis hay que definir claramente el objetivo, quiénes están involucrados y de qué manera, con qué recursos se cuenta y el período de tiempo disponible para recoger la información necesaria.

Etapa 2. Diseño del mapa de impacto.

Esta etapa establece la relación que existe entre inputs y outcomes, para entender los cambios que se producirán como consecuencia de las actividades propuestas. Aporta una visión global de la inversión total en la intervención.

Etapa 3. Evidenciar y dar valor a los outcomes.

Una vez comprobados los outcomes, hay que valorarlos y buscar el indicador más adecuado para ello, que generalmente suele ser un "proxy" financiero.

Etapa 4. Establecer el impacto.

Consiste en definir qué outcomes son atribuibles a una actividad, dado que en ocasiones el resultado se ve afectado por la actividad de otra organización. Para este propósito, es necesario tener en cuenta los siguientes cuatro conceptos:

- *Peso muerto*: indica qué porcentaje del outcome hubiese ocurrido aun si no se realizase la actividad.
- *Desplazamiento*: indica qué porcentaje de un outcome desplaza a otro outcome.
- *Atribución*: indica qué porcentaje del outcome se debe a la contribución de otras organizaciones o personas.
- *Decrecimiento*: indica el porcentaje de deterioro del outcome a lo largo del tiempo. Se aplica sólo a partir del segundo año.

Etapa 5. Cálculo del SROI.

Consiste en comparar los outcomes obtenidos frente los inputs, teniendo en cuenta sólo el impacto atribuible a las actividades de la organización.

En el caso del SROI retrospectivo y el prospectivo a un año, se suman todos los outcomes del proyecto y se dividen entre la inversión total.

En cuanto al SROI prospectivo, para un período de tiempo superior a un año, hay que actualizar los impactos mediante el método del Valor Actual Neto y tener en cuenta dos indicadores⁴²:

- *La tasa de crecimiento o decrecimiento de los impactos*: prever si el impacto cambiará a lo largo del tiempo en función de la inflación u otros parámetros.
- *La tasa de descuento*: se refiere al riesgo y el coste de oportunidad del dinero (riesgo de impago o de que aparezcan otras posibilidades de inversión). Generalmente las inversiones son descontadas al tipo de interés libre de riesgo⁴³.

Etapas 6. Comunicación. Difusión del informe de resultados a todos los stakeholders.

2. JUSTIFICACIÓN

La medición del valor social cada vez está cobrando más importancia e interés en los últimos años. La salud es una de las áreas que genera alto valor social intrínseco y por ello se requiere una herramienta con la que poder medirlo.

La psoriasis es un problema de salud que afecta el ámbito físico, emocional, sexual, laboral y económico de los pacientes que la padecen^{15,44}. Para demostrar la importancia y el impacto de un abordaje ideal para diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de esta enfermedad, se ha considerado necesario el uso de una herramienta útil para valorar el posible retorno social y comunicarlo a los stakeholders.

A pesar de que hoy en día existen diversos métodos de medición del valor social (Teoría de cambio⁴⁵, indicadores IRIS^a, la metodología LBG^b), en este análisis se ha considerado que el Retorno Social de la Inversión es el más adecuado por varias razones^{46,49}. En primer lugar, SROI es una de las metodologías más completas que existen en la actualidad para calcular el retorno social, dado que combina enfoques cualitativos, cuantitativos y financieros. En segundo lugar, demuestra la importancia de crear un diálogo formal entre los stakeholders, para involucrarlos de esta manera en todo el proceso de cambio, maximizando el valor social obtenido. Como consecuencia, la desigualdad entre stakeholders, que empiezan a participar de forma activa en todo el proceso del estudio, se reduce. Por último, el resultado permitirá priorizar las actividades más efectivas a incluir en el abordaje ideal de la psoriasis.

^aIRIS (Impact Reporting Investment Standards): informe estandarizado de impacto de una inversión de la Red de Impacto Global de Inversiones (GIIN) desarrollado para proporcionar un lenguaje común en términos de definiciones, conceptos y métricas de impacto^{46,47}.

^bLBG (London Benchmarking Group): proporciona a las empresas un modelo para clasificar y gestionar sus iniciativas en la comunidad⁴⁸.

3. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es consensuar un abordaje ideal de los pacientes con psoriasis en el Sistema Nacional de Salud de España y evidenciar su impacto en términos clínicos, asistenciales, económicos y sociales.

Este proyecto persigue demostrar la importancia de conocer el impacto total de las nuevas intervenciones a realizar por áreas de análisis en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la psoriasis en España, teniendo en cuenta los distintos grados de gravedad de esta enfermedad.

Como objetivo secundario, el análisis del retorno social del abordaje ideal de la psoriasis favorecerá una planificación estratégica óptima de los recursos sanitarios.

4. METODOLOGÍA

4.1. Encuesta a pacientes con psoriasis

Como consecuencia del importante impacto que ejerce la psoriasis sobre las distintas esferas de la vida del paciente, y por ende sobre su calidad de vida, se ha considerado indispensable analizar dicho contexto a través de datos primarios. Para ello, se realizó una encuesta dirigida a enfermos de psoriasis. El cuestionario incluía preguntas sobre la afectación de aspectos físicos, psicológicos/emocionales, sociales y actividades de la vida cotidiana.

Para diseñar dicha encuesta previamente se realizó una exhaustiva revisión de la literatura científica con la finalidad de detectar la afectación de los pacientes con psoriasis, teniendo en cuenta el aspecto psicológico y social así como la estigmatización de la sociedad⁵⁰⁻⁶⁴.

Para llegar al mayor número posible de pacientes con psoriasis se contó con la colaboración de Acción Psoriasis, una asociación sin ánimo de lucro integrada por afectados de psoriasis, artritis psoriásica y sus familiares, cuyos principales objetivos son facilitar información y dar apoyo a los pacientes para que mejoren su calidad de vida.

4.1.1. Diseño muestral y población

Se realizó una encuesta a enfermos de psoriasis residentes en España, a través de un muestreo por conveniencia, donde los encuestados estaban relacionados (directa o indirectamente) con Acción Psoriasis. La encuesta estaba dirigida tanto a personas adultas como a menores de edad.

En este último caso dicha encuesta debía ser cumplimentada por el mayor de edad a cargo del menor (padre/madre/tutor).

La técnica de recogida de información fue una encuesta autoadministrada a través de internet, guiada por la plataforma de acceso a dicha encuesta (Computer Assisted Web Interview - CAWI), con cuestionario cerrado y estructurado, validado previamente por una muestra de personas con psoriasis, para evaluar su comprensión y validez externa.

4.1.2. Criterios de inclusión y exclusión

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión mediante preguntas filtro incluidas al inicio del cuestionario, que conducían al fin del cuestionario en caso de no cumplir alguno de los criterios de inclusión, o en caso de incurrir en alguno de los criterios de exclusión.

Los criterios establecidos fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:

- Personas diagnosticadas de psoriasis residentes en España.
- Madre/padre/tutor de un menor de edad enfermo de psoriasis residente en España.

- Criterios de exclusión:

- Personas no diagnosticadas de psoriasis, o madre/padre/tutor de un mayor de edad enfermo de psoriasis.
- Familiares de personas menores de edad o personas con psoriasis o residentes en el extranjero.

4.1.3. Contenido del cuestionario

Con el objetivo de analizar la afectación que ejerce la psoriasis sobre la vida de las personas que la sufren, el cuestionario incluía, entre otros, los siguientes apartados (Ver Anexo II):

- Características sociodemográficas, situación laboral y entorno familiar.
- Tipología de psoriasis y zonas afectadas.
- Afectación de la psoriasis en distintos ámbitos de la vida del paciente.

Se pidió a los encuestados que indicaran con qué frecuencia seguían realizando distintas actividades cotidianas, teniendo como opciones de respuesta: "mucho más que antes", "más que antes", "igual que antes", "menos que antes", "mucho menos que antes", "no sabe", "no contesta" y "no procede". Los ámbitos contemplados fueron los siguientes:

Ámbitos	Ítems incluidos
Autocuidado	Realizar ejercicio físico, prestar atención a su cuidado personal...
Emocional	Irritabilidad, insomnio, depresión, ansiedad...
Relaciones sociales	Familiares, amistades...
Familiar	Vida familiar: pareja, padres, hijos...
Sexualidad	Relaciones sexuales
Actividades cotidianas	Hacer la compra, coger el transporte público...
Ocio / cultura	Acudir a bares, cines, playas, viajes...
Comunitario	Asociaciones, voluntariado...
Educación	Acoso escolar, realizar actividades grupales...
Laboral	Acoso laboral, profesión...

Disposición a pagar por mejorar aspectos de su vida afectados desde el diagnóstico.

- Siguiendo la estructura anterior, se les pidió que expresaran monetariamente cuánto estarían dispuestos a pagar por mejorar cada uno de los ámbitos, independientemente de si el diagnóstico les había afectado de forma negativa o positiva. Para ello, se ofrecieron categorías desde "menos de 500€" hasta "más de 3.000€" en intervalos de 500 euros, ofreciendo así mismo las opciones "no sabe", "no contesta" y "no procede".
- Uso de recursos sanitarios en el último año vinculados a la psoriasis.

Se incluyeron visitas a atención primaria, dermatología, enfermería y psicología, pruebas médicas, ingresos hospitalarios, ingresos en hospital de día y urgencias. Se estableció la gravedad de la psoriasis de

los pacientes a partir de las visitas a dermatología: mientras los pacientes moderados-graves sí habrían acudido a este servicio en el último año, los pacientes leves no registrarían ninguna visita.

4.1.4. Recogida de información

La recogida de información se realizó entre julio y agosto de 2015. Se registraron puntos de muestreo por todo el territorio nacional, alcanzando una distribución de encuestas válidas recogidas por Comunidades Autónomas similar al peso de la población general.

Se registraron 1.595 encuestas, de las cuales el 27,9% estaban incompletas en alguno de sus apartados (445 encuestas) y el 6,1% pertenecían a pacientes residentes fuera de España (97 encuestas). La muestra final está compuesta por un total de 1.053 encuestas válidas.

A partir de la prevalencia de psoriasis en España⁹, la población española proporcionada por el INE⁶⁵ y del número de encuestas válidas obtenidas, el error muestral es del 3%, a un nivel de confianza del 95%, y asumiendo una distribución conservadora $p = q = 0,5$.

4.1.5. Análisis de datos

Para el cálculo de la disposición media a pagar, se utilizó el punto mediano de cada intervalo. En el caso del intervalo superior abierto, se asumió una amplitud de rango similar a las otras categorías, estableciéndose el punto mediano en 3.250 euros.

Esta disposición a pagar, desglosada según nivel de gravedad de la psoriasis, se ha utilizado como valor "proxy" en el análisis SROI. Para el "supuesto base" se ha incluido la disposición media a pagar de los pacientes que están afectados en cada ámbito, aplicando un factor de corrección del 50% (siguiendo la perspectiva conservadora $p=q=0,5$), ante el desconocimiento de otras causas (ajenas a la psoriasis) que puedan estar influyendo en la DAP reflejada por mejorar dichos ámbitos.

Los datos de afectación en cada ámbito y la disposición a pagar solamente tienen en cuenta a la población adulta con psoriasis, por considerar que la valoración monetaria debe realizarla la propia persona afectada, y no como adulto en representación de un menor afectado.

4.2. Consulta a expertos

En la actualidad la psoriasis se ha enfocado desde un punto de vista clínico, la gran mayoría de los estudios que analizan dicha enfermedad se centran en escalas que miden meramente la superficie corporal (BSA y PASI). Dado que los pacientes con psoriasis presentan una baja calidad de vida y una gran estigmatización social estas escalas no proporcionan una visión completa del impacto de la psoriasis en su vida⁵⁰⁻⁶⁴

Es por ello que los pacientes con psoriasis consideran necesaria la implementación de mejoras en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento, desde un enfoque integral y multidisciplinar, en términos clínicos, asistenciales, económicos y sociales que permitan mejorar su calidad de vida.

A este nivel se han constituido varios comités con tareas distintas y bien delimitadas pero que comparten una función común, la de proponer, identificar, valorar, consensuar y seleccionar qué intervenciones sanitarias son factibles de implantación en el Sistema Nacional de Salud, que pueden suponer una mejora en el abordaje actual de la enfermedad, y consecuentemente, en la mejora no sólo física, sino de calidad de vida del paciente con psoriasis.

4.2.1. Participantes y funciones

4.2.1.1. Comité Científico

El Comité Científico está constituido por un equipo multidisciplinar de cinco miembros: el coordinador del Grupo de Trabajo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología, el Director del Programa Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria de la Generalitat de Cataluña, un miembro del Comité Operativo del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria de la Generalitat de Cataluña, el Director-Gerente de Acción Psoriasis y el Director del Seminario de Investigación en Economía de la Salud de la UCLM.

Este comité tuvo la función de asesorar a lo largo de todo el proyecto sobre los aspectos más relevantes a tener en consideración para el abordaje integral (actual e ideal) de la psoriasis en España.

4.2.1.2. Comité de Expertos

Este comité está constituido por un equipo multidisciplinar de seis miembros: el presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, un dermatólogo director de una unidad de gestión clínica, una farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria, una médico en atención primaria, una enfermera de una unidad monográfica de psoriasis y una psicóloga miembro del Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría.

El punto de vista de los pacientes ha estado representado mediante la participación directa de dos de ellos, en todas las reuniones presenciales.

A lo largo del desarrollo del proyecto se unieron a este comité dos profesionales más del campo de la enfermería, también trabajadoras de una unidad monográfica de psoriasis.

Este comité tuvo la función de consensuar la epidemiología de la enfermedad, prevalencia (tanto general como por grados de enfermedad) e incidencia, así como los datos relacionados con el abordaje actual de la psoriasis.

4.2.1.3. Otros expertos y colaboradores

A lo largo del proyecto se solicitó la colaboración a otros expertos debido a su gran experiencia y relación con la enfermedad.

- *Otros expertos:* un dermatólogo y cuatro médicos de atención primaria, cuya función fue la de solventar dudas sobre el uso de recursos sanitarios directos. Las consultas a estos especialistas sanitarios se realizaron vía on-line, sin participación activa en las reuniones presenciales.
- *Colaboradores:* se contó con la contribución de un experto en explotación y análisis de datos de la División de Análisis de la Demanda y de la Actividad del CatSalut y una experta de la Unidad de Estudios Epidemiológicos de la Incapacidad Temporal del CatSalut, que aportaron información sobre costes directos y pérdidas de productividad laboral asociados a psoriasis en Cataluña.

4.2.2. Métodos de trabajo

La dinámica de trabajo se ha desarrollado combinando tres reuniones presenciales y consultas constantes y fluidas vía online con los miembros de los comités, otros expertos y colaboradores.

4.2.2.1. Reuniones presenciales de trabajo

La distribución de estas reuniones en el tiempo fue de la siguiente manera (Figura 3):

Figura 3. Métodos de trabajo: diagrama de las reuniones presenciales



PRIMERA Y SEGUNDA REUNIÓN

En las dos primeras reuniones se consensuaron todos los datos epidemiológicos, el abordaje actual de la enfermedad y el uso actual de los recursos sanitarios directos.

TERCERA REUNIÓN

El objetivo de esta reunión fue la de detectar vacíos en el abordaje actual de la psoriasis y concretar propuestas para un abordaje ideal de la enfermedad que mejoren el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento en los distintos niveles de gravedad (leve, moderada y grave).

La dinámica de trabajo establecida en esta reunión fue la siguiente:

1. Elaboración de dos grupos de trabajo multidisciplinar:

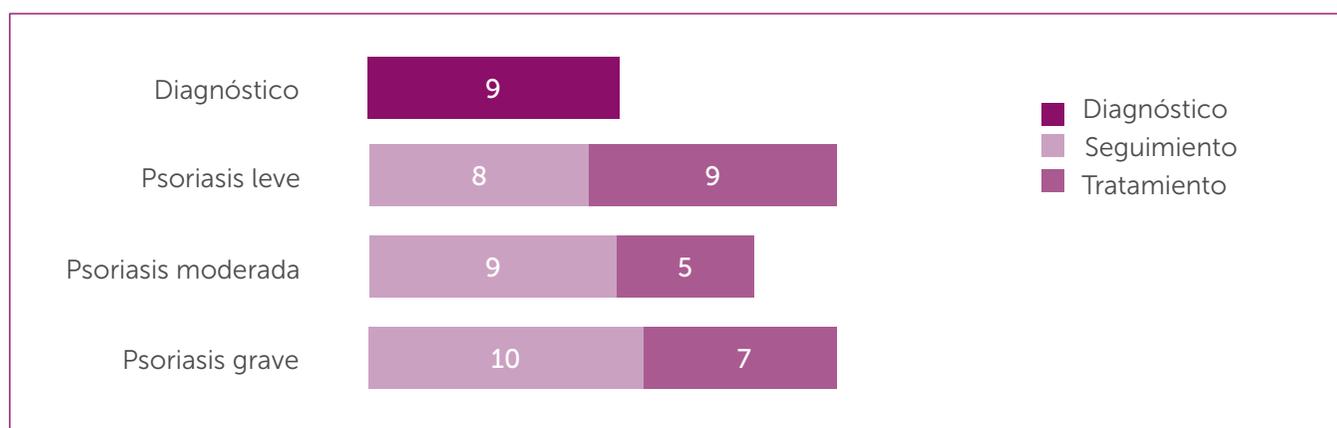
- Grupo A: dermatólogos, médicos de atención primaria, paciente de psoriasis y representante de Acción Psoriasis.
- Grupo B: enfermeras, paciente de psoriasis, psicóloga y el presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

2. Cada uno de los grupos identificó y propuso intervenciones sanitarias, mediante las que los pacientes pudieran estar mejor controlados, tanto a nivel físico, como emocional y social, en todos los niveles de la enfermedad anteriormente indicados.

3. Puesta en común de las propuestas de cada uno de los grupos y consenso de aquellas que pudieran ser iguales o similares.

El número de propuestas para el abordaje ideal se recogen en el Gráfico 1: sugirieron 9 propuestas para el diagnóstico, 17 para la psoriasis leve, 14 para la psoriasis moderada y 17 para la psoriasis grave.

Gráfico 1. Número de intervenciones sanitarias propuestas para un abordaje ideal de la psoriasis



4. Al considerar que todas las propuestas no se pueden llevar a cabo, se solicitó la valoración individual de cada una de ellas por orden de importancia en una escala del 1 al 5, donde 1 es "nada importante" y 5 "muy importante".

4.2.2.2. Trabajo telemático

Tras la finalización de la tercera reunión, el resto del trabajo se concluyó vía online.

En primer lugar, se realizó un ranking con todas las propuestas para el abordaje ideal en función de la puntuación recibida. Debido a la magnitud del listado de propuestas, se decidió seleccionar el 25% de las propuestas más votadas.

El siguiente paso fue la elaboración de un documento de trabajo que contenía las propuestas seleccionadas, organizándolas en tres bloques: diagnóstico, seguimiento y tratamiento (los dos últimos desglosados según gravedad). Dicho documento se envió por correo electrónico a todos los miembros de los comités.

Posteriormente, los expertos tenían que detallar el impacto asistencial de cada acción propuesta, es decir, los cambios que prevén que ocurrirán en el sistema organizativo una vez implantada la propuesta. Asimismo, debían puntuar las propuestas (escala del 1 al 10) en relación a tres aspectos (Figura 4):

- *Impacto social*: valoración de la mejora prevista en el paciente en diferentes ámbitos de su vida (laboral, educativo, familiar, autocuidado, actividades cotidianas, ocio/cultura, comunitario, relaciones sociales y área emocional), donde 1 equivale a que "el paciente permanecerá igual" y 10 a que "el paciente mejorará significativamente".
- *Facilidad de implementación*: 1 equivale a "complejo" y 10 a "fácil".
- *Coste que supondría la implementación*: 1 sería "bajo" y 10 "alto".

Figura 4. Modelo del documento de trabajo

Acciones propuestas	Impacto asistencial (cambios que implicarán al sistema organizativo de la institución)	Impacto social (Mejora prevista para el paciente) Por favor, valore en una escala de 1 a 10 donde: 1= El paciente permanecerá igual 10 = El paciente mejorará significativamente	Facilidad de implementación Por favor, valore en una escala del 1 al 10 1= Complejo 10= Fácil	Coste Por favor, valore en una escala del 1 al 10 1= Bajo 10= Alto
		<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito laboral - Ámbito educativo - Ámbito familiar - Autocuidado - Actividades cotidianas - Ocio/cultura - Ámbito comunitario - Relaciones sociales - Área emocional 		

Por último, una vez recibidas las respuestas de los miembros de los comités, los resultados se trataron estadísticamente para su posterior uso en la elaboración del modelo del abordaje ideal de la psoriasis.

(Los diferentes ámbitos de impacto social correspondían cada uno a una columna en el documento trabajado por los expertos).

4.3. Consideraciones metodológicas aplicadas al SROI

Presentación de resultados

La presentación de los resultados del SROI se ha dividido en cuatro áreas fundamentales debido a que la gravedad de la enfermedad determina el abordaje de la psoriasis. Las áreas analizadas son las siguientes: diagnóstico, psoriasis leve, psoriasis moderada y psoriasis grave.

Metodología general

El horizonte temporal elegido para el proyecto es de un año. En los cálculos, tanto de la inversión como del retorno, se ha utilizado, en todo momento, una perspectiva conservadora: para estimar los inputs se ha escogido siempre el mayor coste de entre los disponibles y en la estimación de los outcomes se ha optado por el menor impacto en términos monetarios.

Aunque los resultados plantean una inversión inicial fuerte, alguna de estas inversiones, como la implantación de la tele dermatología y los equipos de fototerapia, se amortizará con el tiempo.

Fuentes de información

1. Para realizar el análisis SROI, se han utilizado diversas fuentes de información en las que sustentar los resultados. En caso de existir varias fuentes para un mismo propósito, se han priorizado las fuentes españolas, las más actualizadas y aquellas con un mejor diseño metodológico.

- Fuentes primarias, a partir de los datos recogidos en las encuestas a pacientes y la consulta a expertos.
- Estadísticas oficiales, principalmente del Instituto Nacional de Estadística, y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Microdatos del CatSalut, cuya principal aportación ha sido la distribución de enfermos de psoriasis según nivel de gravedad.
- Tarifas oficiales de los servicios sanitarios. Se ha usado la media de las tarifas de los boletines de las comunidades autónomas.
- Referencias bibliográficas actualizadas y de relevancia en el ámbito de la dermatología.

2. Ante el desconocimiento de determinados datos, se ha optado por una postura conservadora, en la que se ha ponderado la cifra final al 50% ($p=q$, la probabilidad de que suceda algo es igual a la probabilidad de que no suceda).

En relación a los precios utilizados en el informe, se han actualizado todos a 2015 utilizando el IPC general⁶⁶. En el caso de precios extranjeros, el coste se ha actualizado según el IPC general del país de origen del coste al coste equivalente en España⁶⁷.

Stakeholders

La selección de los stakeholders involucrados en el proyecto se ha realizado directamente a partir de las aportaciones de los grupos de expertos consultados y del análisis de la literatura científica existente sobre la psoriasis.

Partiendo de que el stakeholder principal es el paciente con psoriasis, a lo largo del planteamiento del SROI, éste se ha dividido en subgrupos, es decir, en paciente con psoriasis leve, moderada y grave, puesto que el grado de la enfermedad implica que experimenten outcomes distintos.

Inputs

Los inputs seleccionados a lo largo del mapa de impacto han sido de tipo no financiero (tiempo personal) o financiero (monetario). Los inputs no financieros, a los que no se les ha aplicado valor monetario, serían el tiempo personal del paciente que acude a consulta o el tiempo personal del especialista sanitario dedicado a formación para su desarrollo profesional. Por su parte, los inputs financieros serían el tiempo de trabajo en el entorno laboral o bien la inversión monetaria directa.

En este apartado cabe destacar la amortización de dos inversiones: la tele dermatología y los equipos de fototerapia. En el cálculo de la ratio SROI se incluye la parte proporcional de las amortizaciones de dichas inversiones en el primer año. Para realizar el cálculo se tuvieron en cuenta las tablas de amortizaciones anuales facilitadas por el Ministerio de Economía y Hacienda⁶⁸. Por otro lado, a través de los datos anteriores calculamos el mínimo y la media de años de amortización⁶⁹.

La perspectiva del análisis es la del Sistema Nacional de Salud, por lo que la inversión financiera le correspondería a la administración pública, bien a nivel de autonomías o bien a nivel estatal.

Outputs

Las actividades incluidas en el abordaje ideal de la psoriasis son un resumen cuantitativo de la actividad, y se concretan en 22 actividades en total. Se corresponden con cada una de las propuestas seleccionadas por los expertos que forman parte de los grupos de trabajo (Ver epígrafe 5.3.2 Outputs).

En algunos casos, un mismo output afecta a varios stakeholders, aunque en distinta medida. En este caso, el retorno siempre se ha imputado al stakeholder directamente implicado, que es el paciente.

Outcomes

Paralelamente, un mismo output puede dar lugar a varios outcomes, considerándose cada uno de ellos como una cadena de eventos. Los outcomes previstos se han identificado a través de las opiniones de los expertos en las reuniones celebradas así como de literatura científica. Una vez definidos y descritos los outcomes es necesario determinar los indicadores para monetizarlos y el porcentaje de la apropiación de su impacto.

En algunas ocasiones, la estimación de la apropiación del impacto se ha realizado utilizando porcentajes de ajuste de peso muerto y atribución, basándose en la literatura revisada. Ante el desconocimiento del dato o de una fuente fiable, se optó por el enfoque conservador de ponderar al 50%.

Proxies

Para dar valor a cada uno de los outcomes se han utilizado "*proxies*" financieros (Anexo I). Éstos pueden ser:

1. Tangibles: se obtienen de la literatura, y se aplica la técnica de preferencia revelada. Son valores obtenidos a partir de los precios de bienes relacionados presentes en el mercado (por ejemplo, tarifas de los servicios sanitarios publicadas en los boletines oficiales de las comunidades autónomas).
2. Intangibles: en este caso se aplica la técnica de preferencia manifestada, y se consigue a partir de los datos primarios obtenidos a través de la encuesta a pacientes (disposición a pagar) y las respuestas de los expertos (estimación del impacto en diferentes ámbitos de la vida del paciente).

Los más usados son los obtenidos de las encuestas a pacientes (disposición a pagar) y de tarifas oficiales (coste de tratar a un paciente).

En algunos casos la aplicación de los "*proxies*" elegidos no se traduce en un ahorro real, si se consideran de manera aislada. Sin embargo, en la globalidad del estudio, supondrá un ahorro efectivo de la inversión.

4.4 Análisis de sensibilidad

Las variables susceptibles de variación que se han incluido en el análisis de sensibilidad son las siguientes:

- ✓ Disposición a pagar a partir de la encuesta a pacientes con psoriasis.
- ✓ Amortización de las inversiones de la implantación de teledermatología y los equipos de fototerapia.

Supuesto base:

- Se ha utilizado la disposición media a pagar por los pacientes afectados en cada ámbito, corregida al 50% (ante el desconocimiento de otras posibles razones, aparte de la psoriasis, por las que querrían mejorar cada ámbito de su vida)
- Se ha incluido la inversión de la implantación de teledermatología (4,5 años) y los equipos de fototerapia (7,5 años), según la amortización media^{68,69}.

Escenario más desfavorable:

- Se ha corregido la disposición media a pagar por los pacientes en cada ámbito de la siguiente forma: a la disposición media a pagar por los pacientes que tienen afectado dicho ámbito, se les restó la disposición media a pagar por los pacientes que no tienen el ámbito afectado tras el diagnóstico. De esta manera, se sustrajo el "peso muerto" de la disposición a pagar.
- Se ha incluido la inversión de la implantación de la teledermatología (3 años) y los equipos de fototerapia (6 años), según la menor amortización estimada^{68,69}.

Escenario más favorable:

- Se han tomado los valores de la disposición media a pagar declarada por los pacientes afectados en cada ámbito, en términos brutos, sin aplicar ningún tipo de corrección ni eliminación del peso muerto.
- Se ha incluido la inversión de la implantación de la teledermatología (6 años) y los equipos de fototerapia (10 años), según la mayor amortización estimada^{68,69}.

5. RESULTADOS

5.1. Afectación psico-social de los pacientes con psoriasis

5.1.1. Características demográficas

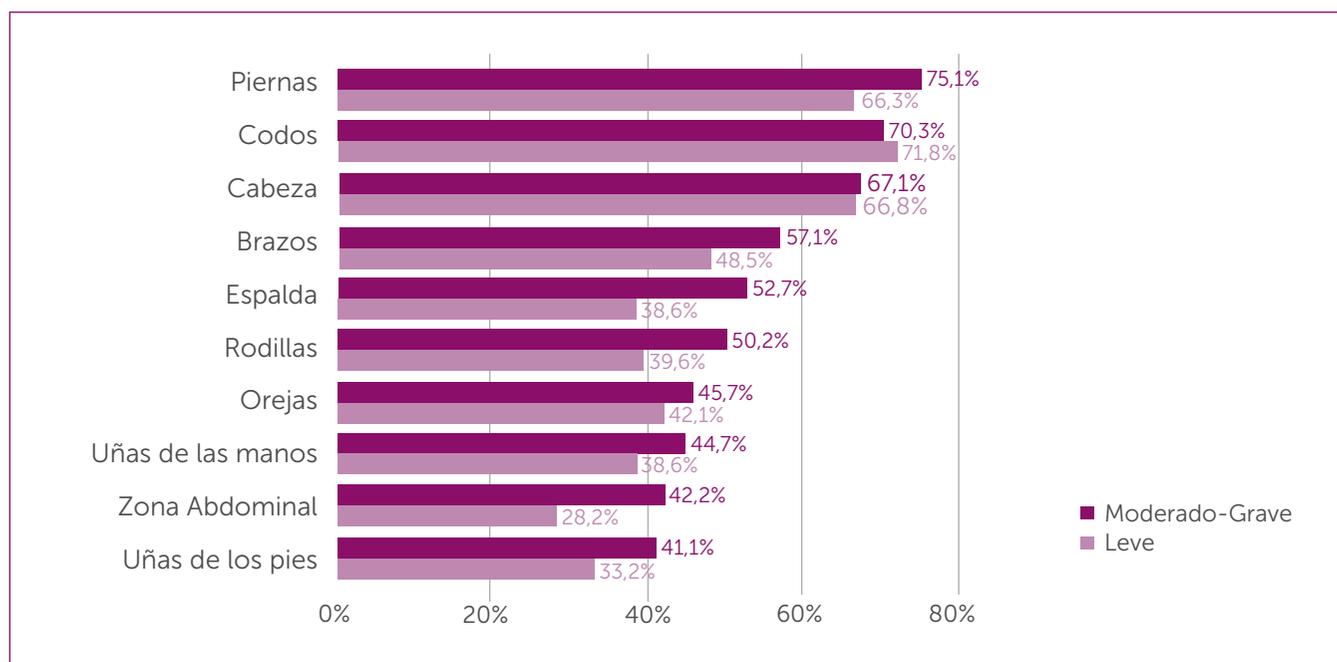
El 99% de las personas encuestadas son adultos diagnosticados de psoriasis. El 1% restante son progenitores o tutores de un menor de edad con psoriasis. Las Comunidades Autónomas de residencia con mayor representación son Cataluña (17,2%), Comunidad de Madrid (15,2%), Andalucía (15,1%), Comunidad Valenciana (8,1%), Castilla y León (6,3%) y Galicia (5,6%).

La edad media de la muestra es de 46,5 años (DE: 12,7), aunque existen diferencias significativas en función del género: los hombres tienen 50 años de media (DE: 12,3) frente a los 43,2 años de las mujeres (DE: 12,1).

5.1.2. Tipología y zonas afectadas por la psoriasis

La tipología de psoriasis referida en mayor medida es la psoriasis guttata (77,9%) y la PPG (29,5%). Según reportan los encuestados, las principales zonas afectadas son las extremidades y el cuero cabelludo. Los pacientes con psoriasis moderada-grave refieren, en general, porcentajes de afectación superiores a los indicados por los pacientes con psoriasis leve.

Gráfico 2. Zonas afectadas según gravedad de la psoriasis



Fuente: elaboración propia.

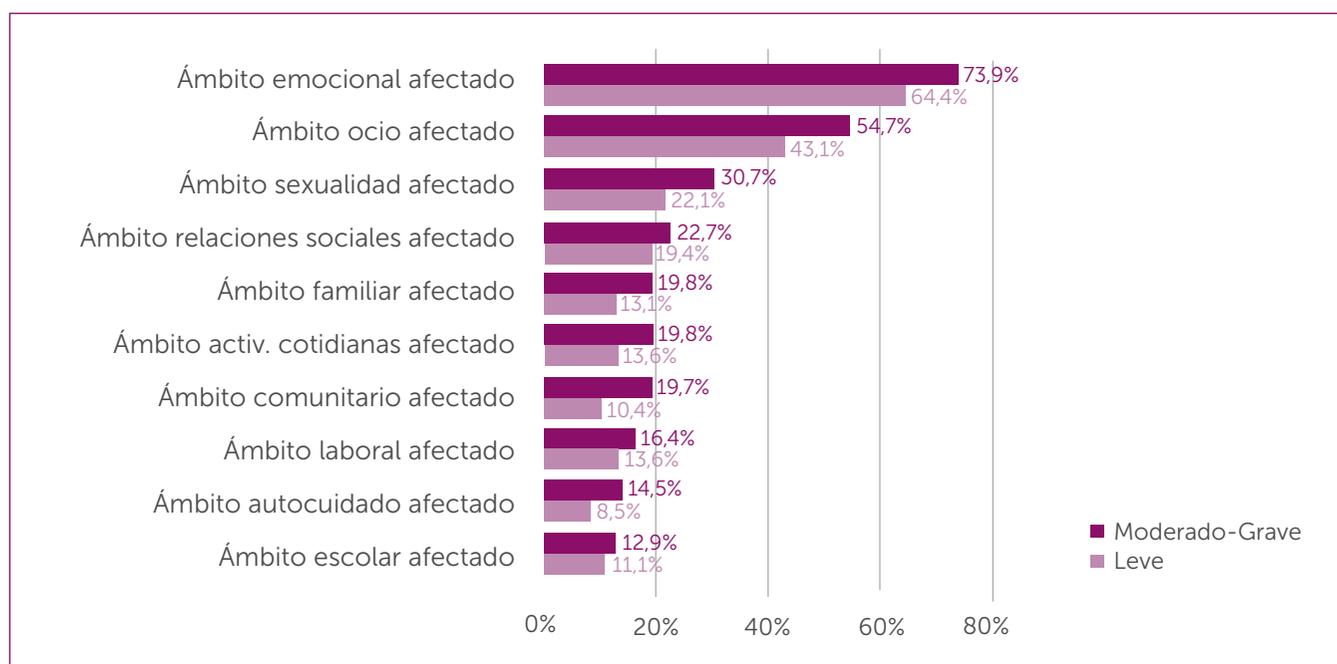
La afectación para los pacientes moderado-graves varía entre el 75,1% (correspondiente a piernas) y el 41,1% (uñas de los pies), mientras que la afectación para los pacientes leves oscila entre el 71,8% (correspondiente a codos) y el 28,2% (zona abdominal) (Gráfico 2).

5.1.3. Afectación de la psoriasis en la vida del paciente

La vida del paciente se ve notablemente afectada tras el diagnóstico de la enfermedad. De hecho, se observa una afectación mayor en los pacientes con psoriasis moderada-grave *versus* psoriasis leve, en todos los ámbitos estudiados.

El área afectada en mayor medida es la vida emocional del paciente, seguida del ámbito del ocio, la sexualidad y las relaciones sociales.

Gráfico 3. Afectación de la vida del paciente según gravedad de la psoriasis



Fuente: elaboración propia.

Ámbito emocional

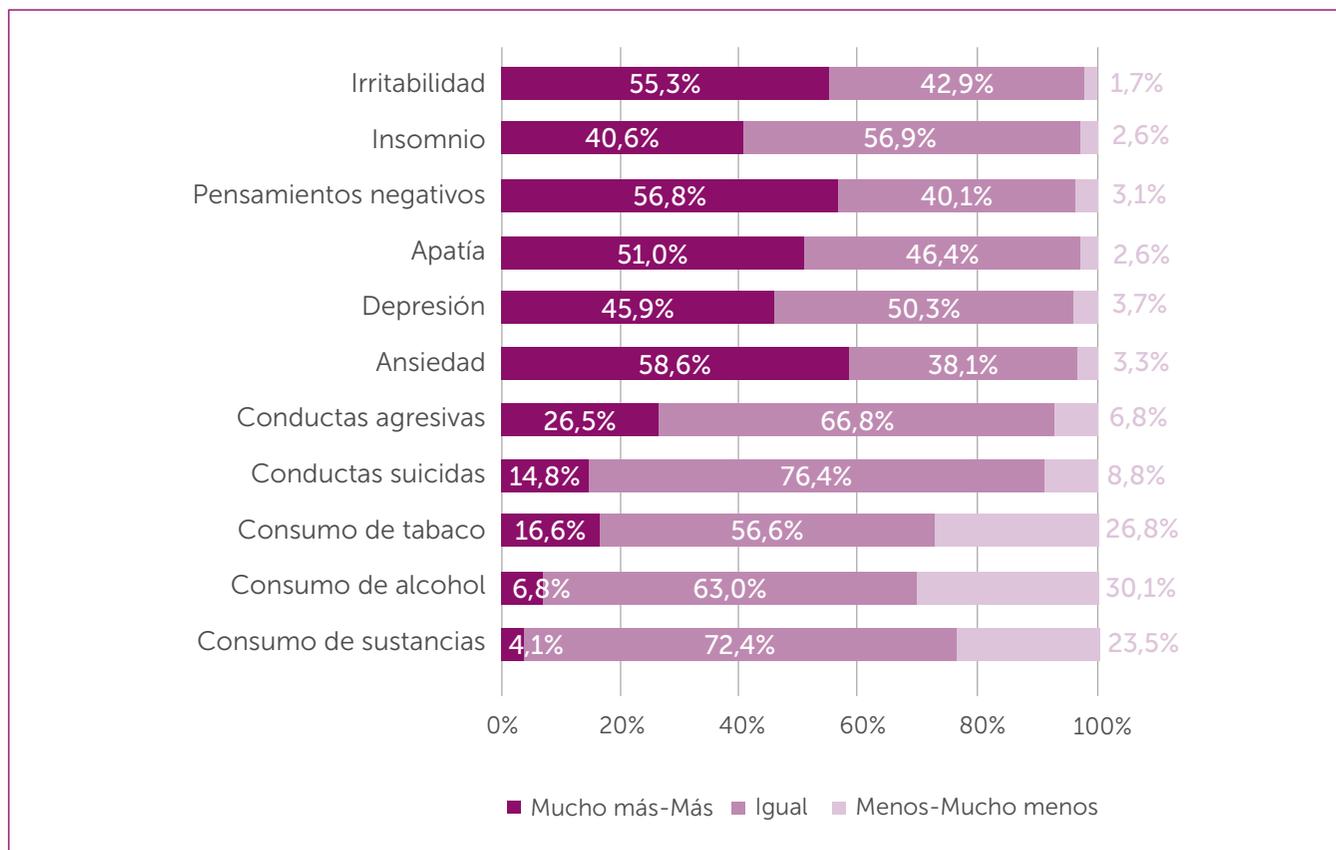
Un 73,9% de los pacientes moderado-graves y un 64,4% de los leves refieren una alteración de su estado de ánimo tras haber sido diagnosticados de esta enfermedad (Gráfico 3).

El diagnóstico de la psoriasis ha generado en gran parte de los enfermos ansiedad y depresión, ya que un 58,6% se siente más ansioso y un 45,9% más deprimido. Paralelamente, un 56,8% sufre más pensamientos negativos que antes, un 55,3% siente más irritabilidad y un 51% experimenta más apatía que antes del diagnóstico. A su vez, el insomnio se convierte en un problema para el 40,6%, bien como causa o bien como consecuencia de un estado de ánimo general alterado.

Por otro lado, han aparecido determinadas conductas antisociales tras el diagnóstico de la enfermedad en un sector de los encuestados: el 26,5% presenta más conductas agresivas y el 14,8% manifiesta tener conductas suicidas.

Respecto al consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, se observan mayores porcentajes de pacientes que han abandonado su consumo que pacientes que lo han incrementado tras ser diagnosticados de psoriasis: el 26,8% fuma menos o mucho menos que antes, el 30,1% bebe menos o mucho menos alcohol que antes, y el 23,5% consume otro tipo de sustancias menos o mucho menos que antes.

Gráfico 4. Afectación del área emocional desde el diagnóstico



Fuente: elaboración propia

En función de la gravedad de la psoriasis del paciente, únicamente existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la irritabilidad: el 53,7% de pacientes leves afectados frente al 63,5% de los pacientes moderado-graves.

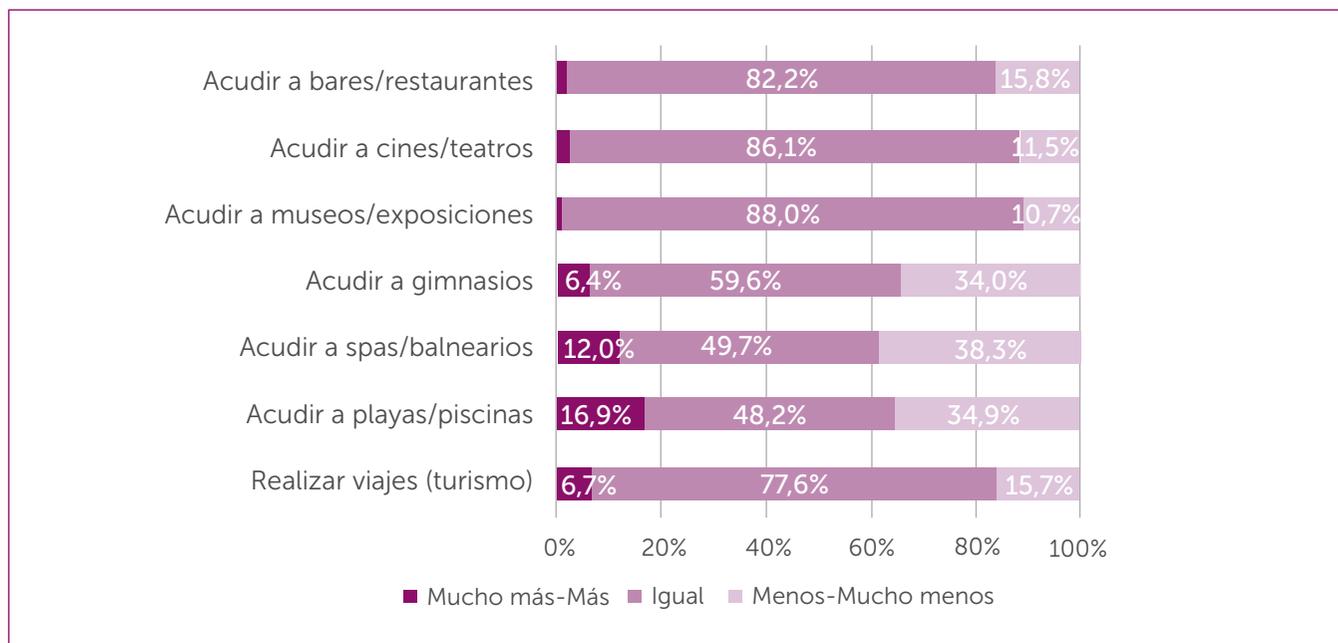
Ámbito del ocio

Un 54,7% de los pacientes moderado-graves y un 43,1% de los leves refieren cambios relacionados con el ocio, tras haber sido diagnosticados de la enfermedad (Gráfico 3).

La asistencia a lugares vinculados a una mayor exposición del propio cuerpo, y por tanto de las zonas afectadas, ha disminuido de forma significativa desde el diagnóstico: acuden menos o mucho menos que antes a spas/balnearios (38,3%), playas/piscinas (34,9%) y gimnasios (34%).

El análisis según la gravedad de la psoriasis muestra diferencias estadísticamente significativas en relación a todas las actividades, excepto las de mayor impacto ya mencionadas: los pacientes moderado-graves muestran un mayor cambio desde el diagnóstico.

Gráfico 5. Ocio y cultura desde el diagnóstico



Fuente: elaboración propia

Ámbito de la sexualidad

Un 30,7% de los pacientes moderado-graves y un 22,1% de los leves manifiestan que su sexualidad se ha visto afectada desde el diagnóstico (Gráfico 3).

Del total de pacientes que no tiene pareja en la actualidad (18,1%), uno de cada cuatro achaca dicha situación a la psoriasis. Por otra parte, un 13,1% de los separados/divorciados cree que su separación/divorcio estuvo vinculado a la enfermedad.

Ámbito de las relaciones sociales

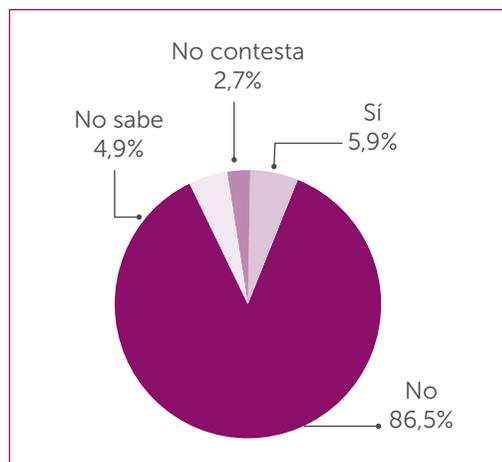
Un 22,7% de los pacientes moderado-graves y un 19,4% de los leves indican que sus relaciones sociales se han visto afectadas desde el diagnóstico (Gráfico 3). Las relaciones sociales afectadas en mayor medida son las amistades y los compañeros de trabajo: en torno al 13% se relaciona en menor medida que antes.

Ámbito familiar

Un 19,8% de los pacientes moderado-graves y un 13,1% de los leves indican que el diagnóstico ha afectado las relaciones dentro de su ámbito familiar (Gráfico 3).

La cuestión de la descendencia es susceptible de generar cierta problemática ya que el 5,9% de éstos tomó la decisión de no tenerlos debido a la psoriasis (Gráfico 6).

Gráfico 6. Influencia de la psoriasis en la decisión de no tener hijos



Fuente: elaboración propia

Ámbito de actividades cotidianas

Un 19,8% de los pacientes moderado-graves y un 13,6% de los leves indican que las actividades cotidianas del día a día se han visto afectadas desde el diagnóstico (Gráfico 3).

Así, el 12,6% de personas han disminuido la frecuencia de dar paseos, el 12,3% el uso del transporte público, y un 5,9% hacer la compra.

Ámbito comunitario

Un 19,7% de los pacientes moderado-graves y un 10,4% de los leves indican que las relaciones en su entorno comunitario se han visto afectadas desde el diagnóstico (Gráfico 3).

No obstante, el asociacionismo es la actividad más favorecida tras el diagnóstico de psoriasis, ya que un 14,6% acuden más o mucho más que antes a asociaciones, seguramente vinculadas a la propia enfermedad. El resto de actividades permanecen similares.

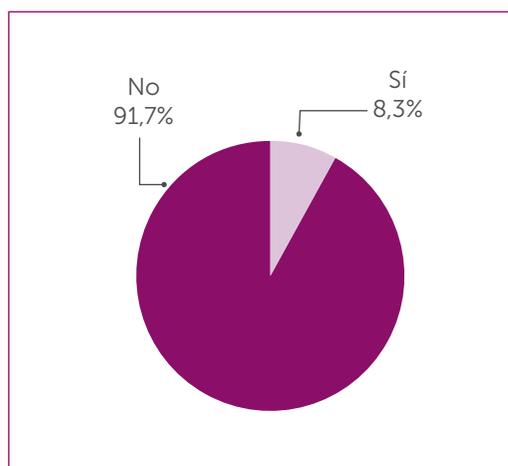
Ámbito laboral

Un 16,4% de los pacientes moderado-graves y un 13,6% de los leves indican que el diagnóstico ha afectado su ámbito laboral (Gráfico 3).

El 12,5% de los adultos encuestados considera que la elección de su profesión está o estuvo, de alguna manera, influenciada por la psoriasis, principalmente las personas dedicadas a las labores del hogar (27,9%) y las personas en desempleo (16,9%). El grupo que declara estar influenciado en menor proporción son los trabajadores por cuenta ajena (10,4%).

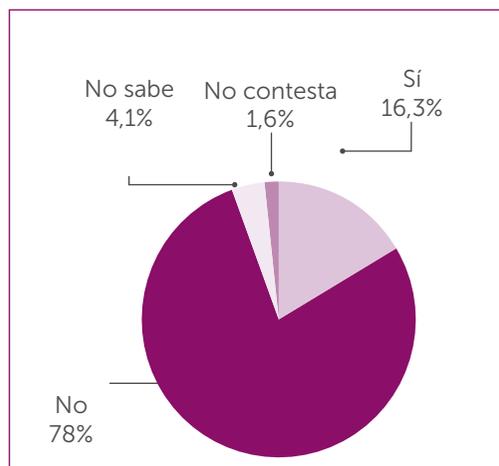
De forma más concreta, algunos autónomos no sólo se han visto condicionados para elegir su profesión, sino que además el 8,3% se vio influido respecto a la afiliación laboral escogida (Gráfico 7). Por otro lado, el 16,3% de los desempleados considera que la psoriasis ejerce influencia en su situación laboral actual (Gráfico 8).

Gráfico 7. Influencia de psoriasis en decisión de ser autónomo



Fuente: elaboración propia

Gráfico 8. Influencia de psoriasis en situación de desempleo



Fuente: elaboración propia

El 14% de aquellos que han participado en el mercado laboral en algún momento de su vida (trabajadores, jubilados y desempleados con trabajo previo), declaran haber sufrido discriminación laboral o bien haber tenido algún problema laboral debido a la psoriasis (Gráfico 9).

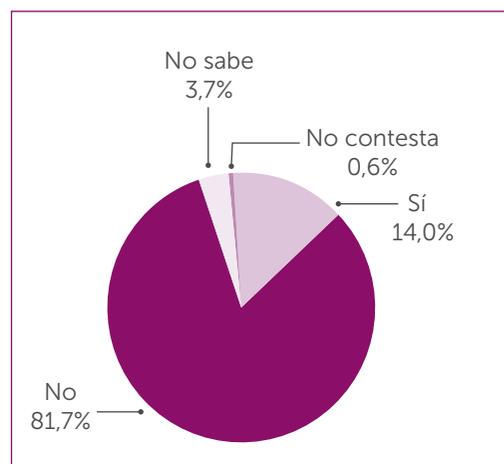


Gráfico 9. Discriminación laboral debido a la psoriasis

Fuente: elaboración propia

Ámbito de autocuidado

Un 14,5% de los pacientes moderado-graves y un 8,5% de los leves indican que su autocuidado se ha visto afectado desde el diagnóstico (Gráfico 3). En este ámbito se observan dos tendencias opuestas tras el diagnóstico: una menor frecuencia de ejercicio físico, a la vez que una mayor atención al cuidado personal y a la alimentación.

Mientras un 17,6% de los encuestados declara realizar más o mucho más ejercicio físico que antes, el 27,5% ha disminuido su frecuencia. Por otro lado, un 57,4% dice atender su cuidado personal más o mucho más que antes del diagnóstico y un 43,5% cuidar en mayor medida su alimentación.

La atención al cuidado personal es el único ámbito en el que se observan diferencias estadísticamente significativas en función de la gravedad de la enfermedad, ya que los pacientes leves prestan mayor atención al cuidado personal (65,5%) frente a los moderado-graves (54,6%).

Ámbito escolar

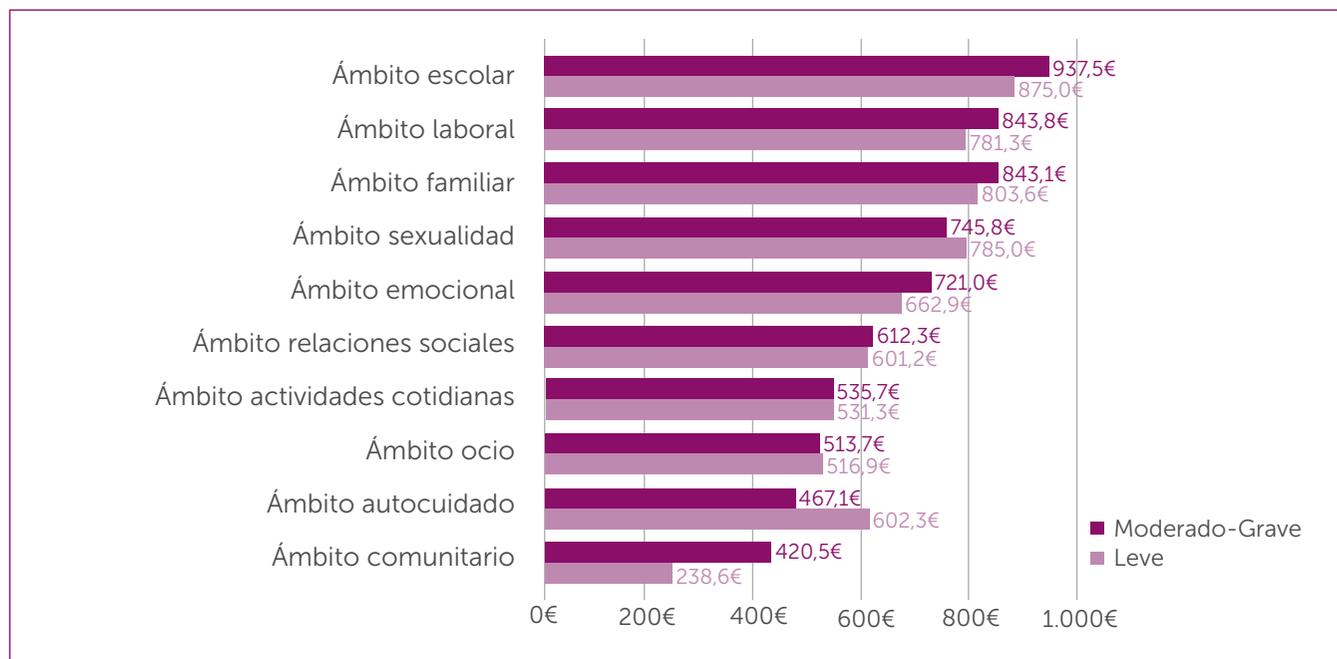
Una de cada diez personas que estudian en la actualidad sufre o ha sufrido acoso en el ámbito educativo a consecuencia de su psoriasis: un 12,9% de los pacientes moderado-graves y un 11,1% de los leves (Gráfico 3).

5.1.4. Disposición a pagar por mejorar la vida del paciente

Los dos ámbitos de la vida diaria afectados en mayor proporción por los pacientes no se corresponden con los ámbitos con mayor disposición a pagar. Respecto al ámbito afectado en mayor proporción, el ámbito emocional, la disposición a pagar sería de 721,0 euros por parte de los pacientes moderado-graves y de 662,9 euros por parte de los pacientes leves. Respecto al segundo, el ámbito del ocio, la disposición a pagar sería muy similar en ambos grupos: 513,7 euros por parte de los moderado-graves y 516,9 euros por parte de los pacientes leves. En tercer lugar, en relación a la sexualidad, los pacientes muestran una disposición a pagar superior a las anteriores: 745,8 euros para los moderado-graves y 785,0 euros para los leves.

Por otro lado, los ámbitos donde los pacientes mostrarían una mayor disposición a pagar, a pesar de afectar a una proporción menor de pacientes, son: el ámbito escolar: 937,5 euros entre los moderado-graves y 875,0 euros entre los leves; el ámbito laboral: 843,8 euros entre los moderado-graves y 781,3 euros entre los leves; y el ámbito familiar: 843,1 euros para los moderado-graves y 803,6 euros para los leves.

Gráfico 10. Disposición a pagar por mejorar cada ámbito de la vida del paciente



Fuente: elaboración propia

5.2. Abordaje ideal multidisciplinar de la psoriasis

A continuación se detallan todas las acciones propuestas por el grupo de expertos para un mejor diagnóstico de la enfermedad, seguimiento y tratamiento de la psoriasis leve, moderada y grave, respectivamente.

Estas propuestas se han ordenado, de mayor a menor (5 más importante, 1 menos importante), en función de la puntuación recibida por dichos expertos. En cada apartado, se muestra en primer lugar una tabla con el total de propuestas, así como aquellas más votadas, enmarcadas y diferenciadas del resto, y por tanto seleccionadas para formar parte del abordaje ideal de la psoriasis.

A continuación se presenta otra tabla con las propuestas seleccionadas por los expertos, con su valoración respecto a cómo las acciones propuestas afectarán al paciente y al sistema sanitario:

- 1) Para el caso del impacto sobre el paciente, se detalla la media del porcentaje de mejora estimado en cada uno de los ámbitos de la vida (de 0% 'ningún impacto' a 100% 'gran impacto').
- 2) Para el sistema sanitario, se incluye la media de la facilidad de implementación supuesta para cada una de las acciones (de 1 'complejo' a 10 'fácil') y la media del coste que supondría para el Sistema Nacional de Salud (de 1 'bajo' a 10 'alto').

5.2.1. Diagnóstico

Tabla 5. Propuestas para un mejor abordaje ideal: diagnóstico

Propuestas	Puntuación recibida 5=más importante, 1=menos importante
Intensificación de la consultoría entre atención primaria y dermatología con tecnologías de la información y la comunicación (TIC).	4,64
Con el diagnóstico se dará información específica al paciente (asociaciones, webs certificadas, guías, etc.).	4,45
Plan de tratamiento: valoración integral e individualizada. Documento de consenso, una guía entre atención primaria y dermatología con criterios de diagnóstico.	4,45
Desarrollar e implementar un set de diagnósticos clínicos en atención primaria y farmacia comunitaria.	4,40
Formación específica, sobre criterios de diagnóstico y de valoración, a los especialistas de atención primaria en aspectos relacionados con el diagnóstico de la psoriasis. Una vez confirmado el diagnóstico, la caracterización o la gravedad de la patología.	4,36
Aumentar el tiempo de consulta.	4,00
Mayor papel del personal de enfermería.	3,91
Criterio para determinar la afectación del paciente mediante la utilización del BSA en atención primaria.	3,80
Rotación de los especialistas de atención primaria en los servicios de dermatología.	3,55

Tabla 6. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste

Acciones propuestas	Impacto asistencial (% de mejora prevista para el paciente)									Facilidad de implementación (media) 1="Complejo" / 10 ="Fácil"	Coste (media) 1="Bajo" / 10 ="Alto"
	Ámbito laboral	Ámbito educativo	Ámbito familiar	Autocuidado	Actividades cotidianas	Ocio / cultura	Ámbito comunitario	Relaciones sociales	Área emocional		
Intensificación de la consultoría entre atención primaria y dermatología con tecnologías de la información y la comunicación (TIC).	68,5%	61,5%	63,1%	64,6%	63,1%	44,6%	50,8%	46,9%	69,2%	6,00	5,71
Con el diagnóstico se dará información específica al paciente (asociaciones, webs certificadas, guías, etc.).	68,6%	82,1%	76,4%	88,6%	77,9%	73,6%	73,6%	80,0%	84,3%	8,79	2,64
Plan de tratamiento: valoración integral e individualizada. Documento de consenso, una guía entre AP atención primaria y dermatología con criterios de diagnóstico.	65,0%	72,1%	69,3%	75,7%	70,0%	65,7%	69,3%	70,0%	75,0%	6,57	4,86
Desarrollar e implementar un set de diagnósticos clínicos en atención primaria y farmacia comunitaria.	58,6%	59,3%	60,0%	62,1%	60,0%	52,9%	58,6%	56,4%	62,9%	5,79	5,07
Formación específica, sobre criterios de diagnóstico y de valoración, a los especialistas de atención primaria en aspectos relacionados con el diagnóstico de la psoriasis. Una vez confirmado el diagnóstico, la caracterización o la gravedad de la patología.	64,3%	66,4%	62,9%	70,7%	67,1%	58,6%	61,4%	61,4%	64,3%	6,29	5,57

5.2.2 Psoriasis leve

Tabla 7. Propuestas para el abordaje ideal: seguimiento de la psoriasis leve

Propuestas	Puntuación recibida 5=más importante, 1=menos importante
Educación sanitaria para conseguir una mayor adherencia al tratamiento.	4,75
Implicar al paciente: hacer un decálogo que indique cuándo debe volver y cuándo debe demandar la asistencia en función de cómo se sienta.	4,73
Plan de tratamiento: valoración integral e individualizada.	4,67
Plan de cuidados en función de los hábitos de riesgo: reforzar el papel de la enfermería en atención primaria y seguimiento de los hábitos de riesgo.	4,58
Screening de hábitos de vida del paciente para derivar al médico.	4,50
Visita al mes del diagnóstico.	4,42
Screening de hábitos de vida del paciente: dieta, tabaco, etc.	4,33
Intensificar el uso de las TIC entre el paciente y atención primaria.	4,08

Tabla 8. Seguimiento en psoriasis leve. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste

Acciones propuestas	Impacto asistencial (% de mejora prevista para el paciente)									Facilidad de implementación (media) 1="Complejo" / 10 ="Fácil"	Coste (media) 1="Bajo" / 10 ="Alto"
	Ámbito laboral	Ámbito educativo	Ámbito familiar	Autocuidado	Actividades cotidianas	Ocio / cultura	Ámbito comunitario	Relaciones sociales	Área emocional		
Educación sanitaria para conseguir una mayor adherencia al tratamiento.	70,7%	77,1%	72,1%	91,4%	78,6%	65,0%	68,6%	72,1%	82,1%	7,21	3,93
Implicar al paciente: hacer un decálogo que indique cuándo debe volver y cuándo debe demandar la asistencia en función de cómo se sienta.	70,0%	72,9%	72,1%	82,1%	74,3%	60,7%	65,7%	69,3%	78,5%	6,29	4,31
Plan de tratamiento: valoración integral e individualizada.	70,0%	72,1%	71,4%	84,3%	73,6%	60,7%	64,3%	70,7%	82,3%	6,29	4,93
Plan de cuidados en función de los hábitos de riesgo: reforzar el papel de la enfermería en atención primaria y seguimiento de los hábitos de riesgo.	72,9%	73,6%	72,9%	87,9%	71,4%	65,7%	68,6%	72,1%	85,4%	6,57	4,79

Tabla 9. Propuestas para el abordaje ideal: tratamiento de la psoriasis leve

Propuestas	Puntuación recibida 5=más importante, 1=menos importante
Información básica de comportamiento para el paciente: apoyo documental.	4,67
Educación sanitaria: planificada, consensuada, protocolizada y acorde al nivel cultural del paciente. Debería ser multidisciplinar.	4,67
Uso de corticoides: explicar cómo se utilizan, ya que son una pieza clave.	4,58
Reevaluación del paciente: responsabilizar al paciente de su tratamiento.	4,55
En la primera visita se deberá valorar el tratamiento recetado y si se aplica de modo adecuado.	4,33
Emolencia.	4,25
Educación sanitaria: protocolizada en función del nivel cultural del paciente.	4,25
Uso de medicamentos según su coste-efectividad.	4,17
"Escuela de pacientes": estrategia de pacientes activos.	4,00

Tabla 10. Tratamiento en psoriasis leve. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste

Acciones propuestas	Impacto asistencial (% de mejora prevista para el paciente)									Facilidad de implementación (media) 1="Complejo" / 10 = "Fácil"	Coste (media) 1="Bajo"/ 10 = "Alto"
	Ámbito laboral	Ámbito educativo	Ámbito familiar	Autocuidado	Actividades cotidianas	Ocio / cultura	Ámbito comunitario	Relaciones sociales	Área emocional		
Información básica de comportamiento para el paciente: apoyo documental.	58,6%	65,0%	67,1%	82,9%	69,3%	57,1%	62,9%	67,1%	77,9%	8,00	3,57
Educación sanitaria: planificada, consensuada, protocolizada y acorde al nivel cultural del paciente. Debería ser multidisciplinar.	69,3%	73,6%	76,4%	87,1%	77,1%	68,6%	71,4%	76,4%	85,0%	5,79	5,21
Uso de corticoides: explicar cómo se utilizan, ya que son una pieza clave.	62,9%	65,0%	67,9%	80,0%	70,0%	61,4%	64,3%	65,7%	70,0%	8,08	2,54
Reevaluación del paciente: responsabilizar al paciente de su tratamiento.	66,4%	71,4%	71,4%	87,1%	72,9%	69,3%	67,9%	70,7%	77,9%	6,00	3,71

5.2.3. Psoriasis moderada

Tabla 11. Propuestas para el abordaje ideal: seguimiento de la psoriasis moderada

Propuestas	Puntuación recibida 5=más importante, 1=menos importante
Plan de seguimiento multidisciplinar (atención primaria + dermatología + enfermería + psicología), integral e individualizado.	4,75
Informar al paciente de todas las posibilidades: acceso a psicología, nutrición, etc.	4,67
Visita pronta para valorar evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades.	4,58
Farmacovigilancia.	4,58
Potenciar el papel de enfermería y elaborar un monográfico de psoriasis para enfermería.	4,50
Protocolo de <i>screening</i> de psicopatología en atención primaria y dermatología. Derivar al área de salud mental en caso de necesidad.	4,42
Test de impacto de calidad de vida: DLQI y morfológicos (PASI).	4,33
Intentar que el seguimiento se realice en cada ocasión con el mismo especialista en dermatología, que además debería ser próximo, sensible, flexible y ágil.	4,25
Psicodermatología.	3,92

Tabla 12. Seguimiento en psoriasis moderada. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste

Acciones propuestas	Impacto asistencial (% de mejora prevista para el paciente)									Facilidad de implementación (media) 1="Complejo" / 10 ="Fácil"	Coste (media) 1="Bajo"/ 10 ="Alto"
	Ámbito laboral	Ámbito educativo	Ámbito familiar	Autocuidado	Actividades cotidianas	Ocio / cultura	Ámbito comunitario	Relaciones sociales	Área emocional		
Plan de seguimiento multidisciplinar (atención primaria + dermatología + enfermería + psicología), integral e individualizado.	77,1%	80,0%	78,6%	87,1%	77,9%	70,7%	72,9%	77,9%	88,6%	3,93	6,00
Informar al paciente de todas las posibilidades: acceso a psicología, nutrición, etc.	63,6%	72,9%	70,7%	80,7%	69,3%	65,0%	65,7%	68,6%	82,1%	7,29	3,07
Visita pronta para valorar evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades.	68,6%	68,6%	66,4%	77,1%	65,7%	62,1%	62,9%	66,4%	79,3%	6,71	3,93
Farmacovigilancia.	60,0%	62,9%	60,0%	70,7%	57,9%	55,0%	56,4%	56,4%	65,0%	6,54	4,23

Tabla 13. Propuestas para el abordaje ideal: tratamiento de la psoriasis moderada

Propuestas	Puntuación recibida 5=más importante, 1=menos importante
Nuevo concepto: intervención terapéutica precoz. Pasar rápidamente a sistémicos: desde atención primaria a dermatología.	4,67
1ª línea: fototerapia como pieza clave. 2ª línea: fármacos sistémicos convencionales y biológicos.	4,67
Enfermería: pieza indispensable para los tratamientos tanto de primera como de segunda línea.	4,67
Consulta de enfermería monográfica y sistematizada: se busca que el paciente tenga acceso rápido al sistema, para poder derivarlo según necesidades.	4,33
Psicopatología: mejora del estrés y de la ansiedad, para que el paciente se adapte. Screening y guías: intervención con criterios claros. Medidas de corrección de salud y desequilibrio psicológico.	4,17

Tabla 14. Tratamiento en psoriasis moderada. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste

Acciones propuestas	Impacto asistencial (% de mejora prevista para el paciente)									Facilidad de implementación (media) 1="Complejo" / 10 ="Fácil"	Coste (media) 1="Bajo" / 10 ="Alto"
	Ámbito laboral	Ámbito educativo	Ámbito familiar	Autocuidado	Actividades cotidianas	Ocio / cultura	Ámbito comunitario	Relaciones sociales	Área emocional		
Nuevo concepto: intervención terapéutica precoz. Pasar rápidamente a sistémicos: desde atención primaria a dermatología.	70,8%	70,0%	73,8%	75,4%	70,0%	63,1%	63,8%	70,0%	83,8%	5,08	6,77
1ª línea: fototerapia como pieza clave. 2ª línea: fármacos sistémicos convencionales y biológicos.	60,7%	62,1%	64,3%	66,4%	65,0%	57,9%	62,1%	62,1%	66,4%	4,00	6,69
Enfermería: pieza indispensable para los tratamientos tanto de primera como de segunda línea.	68,6%	70,0%	74,3%	80,0%	69,3%	64,3%	65,7%	65,7%	77,9%	6,07	4,43

5.2.4 Psoriasis grave

Tabla 15. Propuestas para el abordaje ideal: seguimiento de la psoriasis grave

Propuestas	Puntuación recibida 5=más importante, 1=menos importante
Visita pronta para valorar evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades.	4,67
Informar al paciente de todas las posibilidades: acceso a psicología, nutrición, etc.	4,67
Plan de seguimiento multidisciplinar (atención primaria + dermatología + enfermería + psicología), integral e individualizado.	4,67
Farmacovigilancia.	4,55
Potenciar el papel de enfermería y elaborar un monográfico de psoriasis para enfermería.	4,50
Test psicológicos y de comorbilidades.	4,42
Protocolo de screening de psicopatología en atención primaria y dermatología. Derivar al área de salud mental en caso de necesidad.	4,33
Test de impacto de calidad de vida: DLQI y morfológicos (PASI).	4,33
Intentar seguimiento con el mismo especialista en dermatología, que además deberá ser próximo, sensible, flexible y ágil.	4,25
Psicodermatología.	3,92

Tabla 16. Seguimiento en psoriasis grave. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste

Acciones propuestas	Impacto asistencial (% de mejora prevista para el paciente)									Facilidad de implementación (media) 1="Complejo" / 10 = "Fácil"	Coste (media) 1="Bajo" / 10 = "Alto"
	Ámbito laboral	Ámbito educativo	Ámbito familiar	Autocuidado	Actividades cotidianas	Ocio / cultura	Ámbito comunitario	Relaciones sociales	Área emocional		
Visita pronta para valorar evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades.	70,7%	75,0%	72,1%	80,7%	68,6%	65,7%	66,4%	69,3%	81,4%	6,43	4,64
Informar al paciente de todas las posibilidades: acceso a psicología, nutrición, etc.	66,4%	72,1%	71,4%	82,9%	72,1%	67,9%	66,4%	69,3%	81,4%	7,14	3,21
Plan de seguimiento multidisciplinar (atención primaria + dermatología + enfermería + psicología), integral e individualizado.	77,1%	77,9%	77,1%	82,1%	75,7%	71,4%	70,7%	75,7%	85,7%	4,86	5,64
Farmacovigilancia.	59,3%	63,6%	59,3%	70,7%	60,0%	55,7%	55,7%	57,1%	67,9%	6,77	3,77
Potenciar el papel de enfermería y elaborar un monográfico de psoriasis para enfermería.	72,1%	72,9%	73,6%	85,0%	75,0%	70,7%	71,4%	71,4%	81,4%	6,57	4,79

Tabla 17. Propuestas para el abordaje ideal: tratamiento de la psoriasis grave

Propuestas	Puntuación recibida 5=más importante, 1=menos importante
Informar al paciente de la seguridad de los fármacos con el objetivo de mejorar la adherencia.	4,83
Abordaje de las comorbilidades.	4,67
Participación activa de enfermería.	4,67
Abordaje psicológico.	4,50
Adecuación terapéutica en función de criterios integrales: EA, DLQI>3, estilo de vida, con evaluación holística.	4,50
Fototerapia + otros fármacos. Criterio médico: Guía de Práctica Clínica, teniendo en cuenta la eficiencia.	4,33
Replantear el orden de los tratamientos.	4,25

Tabla 18. Tratamiento en psoriasis grave. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste.

Acciones propuestas	Impacto asistencial (% de mejora prevista para el paciente)									Facilidad de implementación (media) 1="Complejo" / 10 ="Fácil"	Coste (media) 1="Bajo" / 10 ="Alto"
	Ámbito laboral	Ámbito educativo	Ámbito familiar	Autocuidado	Actividades cotidianas	Ocio / cultura	Ámbito comunitario	Relaciones sociales	Área emocional		
Informar al paciente de la seguridad de los fármacos con el objetivo de mejorar la adherencia.	67,9%	76,4%	74,3%	90,0%	75,0%	66,4%	65,7%	66,4%	80,7%	7,86	2,57
Abordaje de las comorbilidades.	73,6%	77,1%	75,0%	88,6%	77,1%	68,6%	70,0%	70,0%	80,7%	6,43	4,07
Participación activa de enfermería.	71,4%	65,0%	74,3%	83,6%	71,4%	65,7%	67,1%	66,4%	74,3%	6,14	5,00

5.3. Retorno Social de la Inversión del abordaje ideal

5.3.1 Stakeholders

Personas, organizaciones o entidades que experimentan un cambio, ya sea positivo o negativo, como resultado de la actividad que está siendo analizada.

SNS: el Sistema Nacional de Salud de España se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos⁷⁰.

Grupo de Trabajo de Psoriasis (1): el primer grupo de trabajo está compuesto por veinticinco representantes de medicina de atención primaria y veinticinco representantes de dermatología. Están involucrados en el diagnóstico de la enfermedad.

Grupo de Trabajo de Psoriasis (2): el segundo grupo de trabajo está formado por cinco representantes de dermatología y cinco representantes de enfermería hospitalaria. Están involucrados en el abordaje de la psoriasis grave.

Especialistas en medicina de atención primaria: están involucrados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con psoriasis.

Especialistas en enfermería en atención primaria: están involucrados en el abordaje de la psoriasis leve.

Equipo multidisciplinar (1): está compuesto por un profesional de cada una de las siguientes especialidades: atención primaria, dermatología, enfermería hospitalaria, psicología y farmacia hospitalaria. Están involucrados en el seguimiento de los pacientes moderados y graves, mediante reuniones de seguimiento.

Equipo multidisciplinar (2): está compuesto por un profesional de cada una de las siguientes especialidades: dermatología, enfermería hospitalaria, psicología y farmacia hospitalaria. Están involucrados en el seguimiento de los pacientes moderados y graves, mediante la visita inicial y pronta de seguimiento del paciente.

Especialistas en dermatología: al igual que el resto de profesionales, el papel de los médicos especialistas en dermatología es clave en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con psoriasis.

Especialistas en enfermería hospitalaria: a nivel hospitalario, a parte del papel de la dermatología, cada vez está más valorada la participación del personal de enfermería. Están involucrados en el abordaje de la psoriasis moderada y grave.

Especialistas en psicología: poseen un papel importante en el seguimiento y tratamiento de pacientes con afectación del ámbito emocional. Están involucrados en el abordaje de la psoriasis moderada y grave.

Especialistas en dietética o nutrición: poseen un papel importante en el tratamiento y seguimiento de los pacientes que requieren mejorar los hábitos dietéticos. Están involucrados en el abordaje de la psoriasis moderada y grave de las alteraciones endocrino-metabólicas de los pacientes.

Pacientes con psoriasis leve: para los datos obtenidos de la encuesta, se consideran como pacientes leves aquellos que declaran que únicamente acuden a los especialistas de atención primaria para el seguimiento y tratamiento de su enfermedad.

En el caso del CatSalut, se consideraron pacientes leves a aquellas personas con diagnóstico de psoriasis según la clasificación internacional de enfermedades (CIE9: 696.8 y 696.1) que:

- No tuvieran seguimiento médico ni recibieran tratamiento,
- Tuvieran seguimiento médico solamente desde atención primaria y no recibieran ningún tratamiento farmacológico,
- No tuvieran seguimiento médico y recibieran únicamente tratamientos tópicos, emolientes y corticoides,
- Tuvieran seguimiento médico solamente desde atención primaria y recibieran únicamente tratamientos tópicos, emolientes y corticoides.

Pacientes con psoriasis moderada: para los datos obtenidos de la encuesta, se consideran como pacientes moderados aquellas personas que declaran que acuden a los especialistas de dermatología para el seguimiento y tratamiento de su enfermedad.

En el caso del CatSalut se consideraron pacientes leves a aquellas personas con diagnóstico de psoriasis según la clasificación internacional de enfermedades (CIE9: 696.8 y 696.1) que:

- Tuvieran seguimiento médico desde dermatología y no recibieran ningún tratamiento farmacológico,
- Tuvieran seguimiento médico desde dermatología y recibieran únicamente tratamientos tópicos, emolientes y corticoides,
- No tuvieran seguimiento médico y recibieran tratamientos sistémicos y/o biológicos,
- Tuvieran seguimiento médico únicamente desde atención primaria y recibieran tratamientos sistémicos y/o biológicos.

Pacientes con psoriasis grave: para los datos obtenidos de la encuesta, se consideran como pacientes graves aquellas personas que declaran que acuden a los especialistas de dermatología para el seguimiento y tratamiento de su enfermedad.

En el caso del CatSalut se consideraron pacientes leves a aquellas personas con diagnóstico de psoriasis según la clasificación internacional de enfermedades (CIE9: 696.8 y 696.1) que recibieran tratamientos sistémicos y/o biológicos que tuvieran seguimiento médico desde dermatología.

Pacientes mal diagnosticados: son los pacientes que padecen otra enfermedad, pero se les diagnostica psoriasis por error; o por lo contrario, son pacientes que tienen psoriasis pero se les diagnostica otra enfermedad.

Pacientes incidentes: son los nuevos pacientes a los que se les detecta y diagnostica psoriasis.

A continuación se exponen de manera resumida todos los stakeholders implicados en el abordaje ideal.

Figura 5. Stakeholders del abordaje ideal de la psoriasis



5.3.2. Outputs

A continuación se detallan cada uno de los outputs tal y como se presentan en el mapa de impacto (Anexo I) con su correspondiente numeración asignada.

Estos outputs afectan al diagnóstico (outputs 1-3), seguimiento y tratamiento de la psoriasis leve (outputs 4-5), seguimiento y tratamiento de la psoriasis moderada (outputs 6-14) y seguimiento y tratamiento de la psoriasis grave (outputs 15-22). Finalmente se han incluido dos outputs globales que afectan a la psoriasis moderada y grave.

Output 1. Documento de consenso. Este output se desglosa en tres:

- **1.1.** Elaboración de un documento de consenso, que consiste en el desarrollo e implementación de un set de diagnósticos clínicos y de seguimiento en atención primaria, que incluye también la información inicial que se dará al paciente recién diagnosticado en forma de tríptico.
- **1.2.** Diseño, impresión y distribución del tríptico informativo a pacientes recién diagnosticados.
- **1.3.** El documento de consenso tiene además como función el fomento de la participación del paciente en la toma de decisiones en lugar de una actitud paternalista.

Output 2. Tele dermatología (implantación y uso). Este output incluye la implantación y el fomento del uso de la tele dermatología en la red de hospitales del Sistema Nacional de Salud de España. Actualmente la tele dermatología está implantada en el 26% de los hospitales españoles⁷¹.

Output 3. Documento de consenso + tele dermatología. Es un output conjunto que produce una serie de resultados como consecuencia de la suma de la realización del documento de consenso y la tele dermatología como sistema de comunicación entre atención primaria y dermatología.

Output 4. Reunión interdisciplinar en atención primaria entre medicina y enfermería. Los especialistas de medicina y enfermería de atención primaria se reunirán cuatro veces al año para tratar temas sobre el seguimiento y tratamiento del paciente.

Output 5. Consulta de enfermería (educación sanitaria). Los especialistas en enfermería en atención primaria realizarán educación sanitaria a los pacientes con psoriasis leve mediante dos consultas anuales. A este nivel promoverían hábitos de vida saludables, informarían al paciente respecto al modo de aplicación de los tratamientos, etc.

Output 6. Reuniones de seguimiento individualizado e integral de pacientes moderados. Son reuniones mensuales del equipo multidisciplinar (1) y tienen como objetivo la valoración global e integral de los pacientes con psoriasis moderada. En este caso se ha tenido en cuenta que sólo se tienen que implantar en el 45,5% de los hospitales del SNS, ya que en el resto está implantado⁷².

Output 7. Visita inicial con el equipo multidisciplinar. La visita inicial realizada por el equipo multidisciplinar (2) consiste en valorar al paciente con psoriasis moderada de manera integral.

Output 8. Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento. Este output se refiere a anticipar la primera cita de seguimiento para valorar al paciente con psoriasis moderada (en comparación al procedimiento actual) y, además, por todo el equipo multidisciplinar (2).

Output 9. Sesiones de información y derivación al paciente a los servicios a los que tiene acceso (psicología y dietética). Se trata de una consulta única a enfermería que consiste en informar al paciente con psoriasis moderada de todas las opciones de las que dispone en el sistema sanitario (en caso de necesitarlas), e incluso detectar en ese momento necesidades del paciente, con la consecuente derivación a los especialistas adecuados.

Output 10. Atención psicológica para los pacientes moderados que tengan el ámbito emocional afectado. El output es la consulta al especialista en psicología para aquellos pacientes con psoriasis moderada en los que se detecten alteraciones en esta área.

Output 11. Formación en nutrición y dietética para los pacientes moderados con problemas endocrino-metabólicos. El output es la consulta al especialista que trata este tipo de problemas. El seguimiento nutricional sólo se realizará en los pacientes con psoriasis moderada en los que se detecten alteraciones a este nivel.

Output 12. Implantación del equipo de fototerapia. Creación de unidades de fototerapia en los hospitales que aún no disponen de ellas⁷².

Output 13. Sesiones de tratamiento de fototerapia. Este output consiste en las sesiones que se realizan para el tratamiento con fototerapia de los pacientes con psoriasis moderada en los hospitales que aún no disponen de este servicio.

Output 14. Implantación del equipo de fototerapia + Sesiones de tratamiento de fototerapia. Este output considera la implantación del equipo de fototerapia y el uso de la misma para asegurar la equidad a todos los pacientes.

Output 15. Reuniones de seguimiento individualizado e integral de pacientes con psoriasis grave. Son reuniones mensuales del equipo multidisciplinar (1) y tienen como objetivo la valoración global e integral de los pacientes con psoriasis grave. En este caso se ha tenido en cuenta que sólo se tienen que implantar en el 45,5% de los hospitales⁷².

Output 16. Visita inicial con el equipo multidisciplinar. La visita inicial realizada por el equipo multidisciplinar (2) consiste en valorar al paciente con psoriasis grave de manera integral.

Output 17. Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento. Este output se refiere a anticipar la primera cita de seguimiento para valorar al paciente con psoriasis grave (en comparación al procedimiento actual) y, además, por todo el equipo multidisciplinar (2).

Output 18. Monográfico. Es un documento de apoyo para enfermería hospitalaria que permitirá la especialización en psoriasis, y concretamente en psoriasis grave. Este output se desglosa en tres:

- 18.1 El desarrollo del monográfico, elaborado por el Grupo de Trabajo de Psoriasis (2).
- 18.2 Diseño y distribución del monográfico.
- 18.3 Formación a enfermería hospitalaria.

Output 19. Sesiones de información y derivación al paciente de los servicios a los que tiene acceso (psicología y dietética). Se trata de una consulta única a enfermería que consiste en informar al paciente con psoriasis grave de todas las opciones de las que dispone en el sistema sanitario (en caso de necesitarlas), e incluso detectar en ese momento necesidades del paciente, con la consecuente derivación a los especialistas adecuados.

Output 20. Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento + Sesiones de información y derivación al paciente a otros servicios. Este output es el resultante de los dos anteriores. Se considera aparte puesto que la suma de ambos da un resultado adicional aportando un outcome distinto.

Output 21. Atención psicológica para los pacientes que tengan el ámbito emocional afectado. El output es la consulta al especialista en psicología para aquellos pacientes con psoriasis grave en los que se detecten alteraciones en esta área.

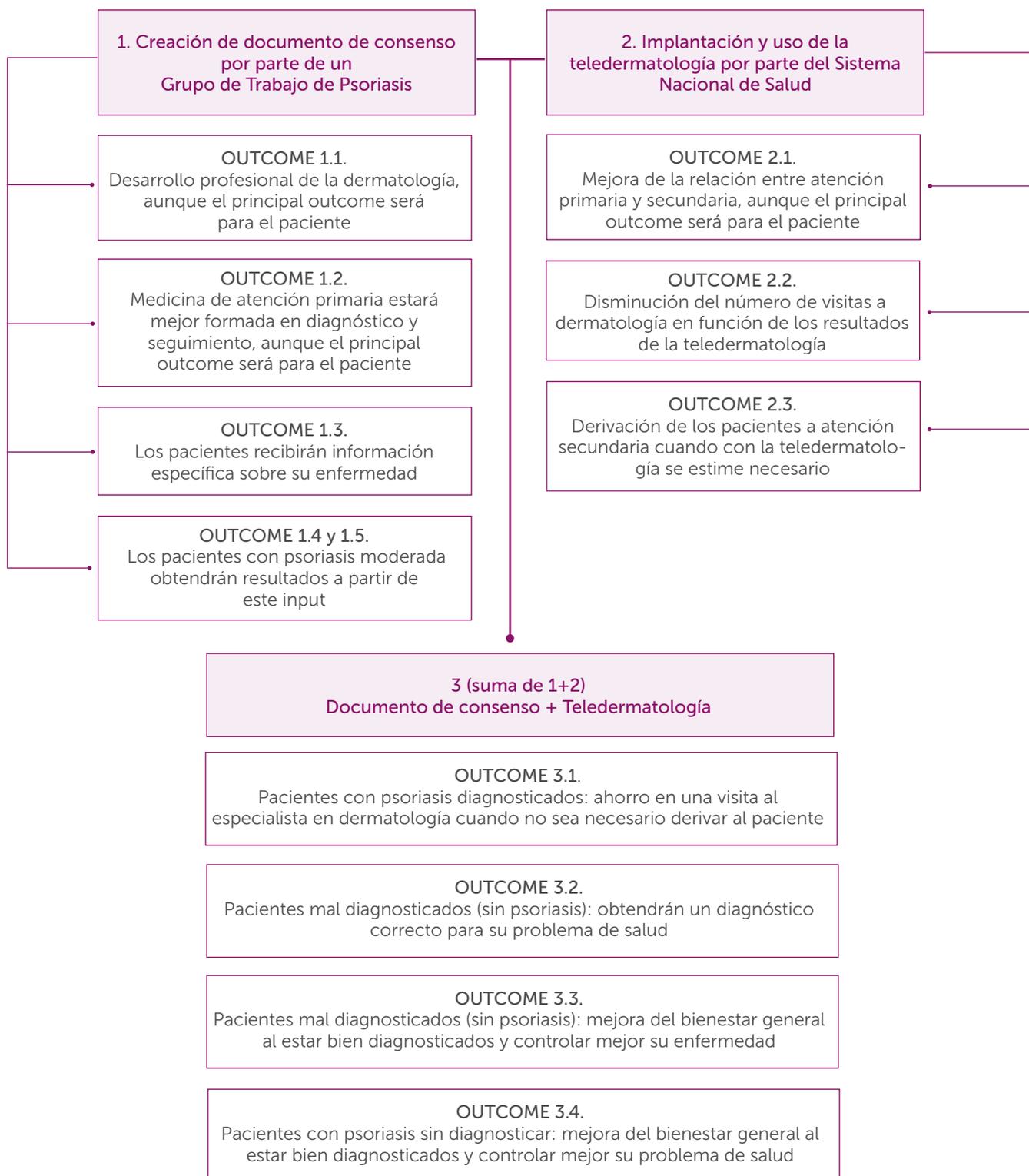
Output 22. Formación en nutrición y dietética para los pacientes con problemas endocrino-metabólicos. El output es la consulta al especialista que trata este tipo de problemas. El seguimiento nutricional sólo se realizará en los pacientes con psoriasis grave en los que se detecten alteraciones a este nivel.

Output global. Este output afecta a psoriasis moderada y psoriasis grave. Es el resultante de todos los outputs incluidos en cada área, y tiene como consecuencia la mejora de la productividad laboral.

5.3.3 SROI Diagnóstico

A continuación se expone el mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes vinculados con el área de 'diagnóstico'.

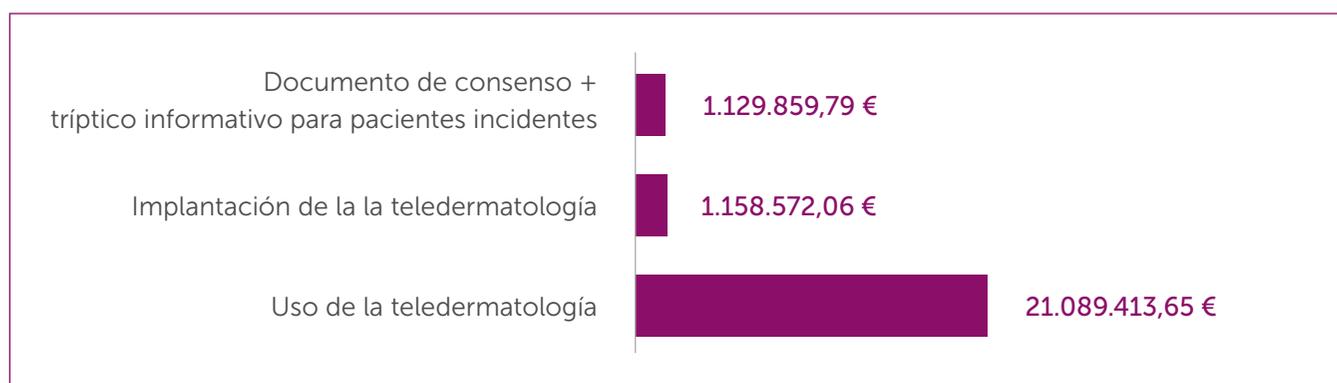
Figura 6. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: Diagnóstico



Inversión total

La inversión total realizada en el área del diagnóstico asciende a 23,38 millones de euros. Por un lado, el output 1 (la elaboración del documento de consenso de referencia en el diagnóstico de la psoriasis, más la creación y distribución del tríptico informativo para los pacientes incidentes) supone un coste de 1,13 millones de euros. Por otro lado, el output 2 (implantación y uso de la tele dermatología) requiere una mayor inversión en el primer año, 22,25 millones de euros en total^c (Gráfico 11).

Gráfico 11. Inversión realizada en diagnóstico según outputs



A continuación, se detallan los inputs según output y stakeholder vinculados a dicha inversión.

Tabla 19. Output 1. Creación de documento de consenso en diagnóstico

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Grupo de Trabajo de Psoriasis (1)	Tiempo de trabajo para elaborar un documento de consenso.	80.947,99 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos para el diseño y distribución de tríptico informativo para pacientes recién diagnosticados de psoriasis.	1.048.911,80 €
Especialistas en medicina de atención primaria	Tiempo personal (autoformación).	0,00 €
TOTAL		1.129.859,79 €

Tabla 20. Output 2. Implantación y uso de la tele dermatología diferida

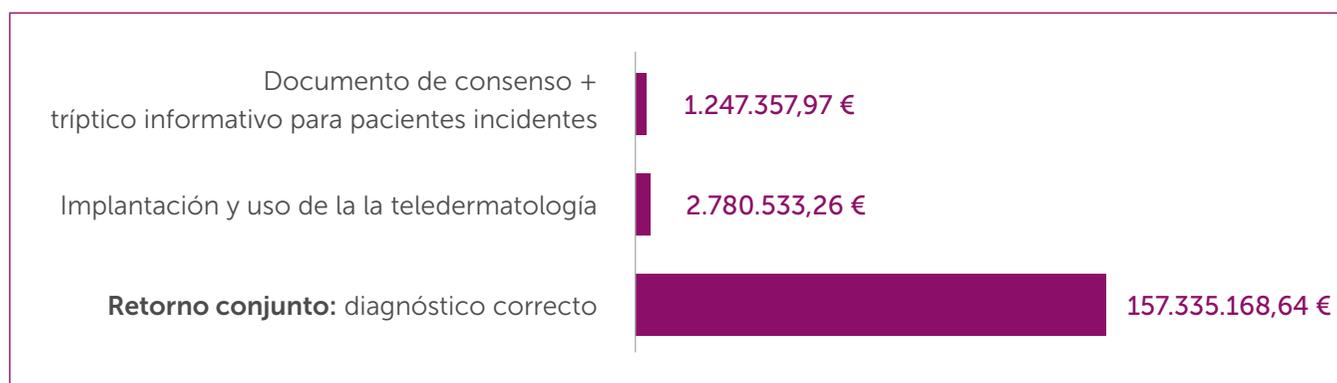
Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Sistema Nacional de Salud	Recursos para la implantación de la tele dermatología diferida.	807.560,45 €
	Recursos para el uso de la tele dermatología diferida.	21.089.413,65 €
Especialistas en medicina de atención primaria	Tiempo de trabajo (formación).	343.775,91 €
Especialistas en dermatología	Tiempo de trabajo (formación).	7.235,70 €
Pacientes con psoriasis leve	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		22.247.985,71 €

^cSe incluye la inversión en la implantación tecnológica de la tele dermatología según su amortización media (4,52 años)^{68,69}

Retorno obtenido

Por su parte, el retorno social obtenido en diagnóstico ascendería a 161,36 millones de euros: 1,25 millones de euros corresponden al output 1 (documento de consenso y el reparto de trípticos informativos a pacientes incidentes), 2,78 millones se obtienen a partir del output 2 (teledermatología), y 157,34 millones de euros es un retorno común del principal cambio provocado por ambos outputs, que es el correcto diagnóstico de los pacientes mal diagnosticados (Gráfico 12).

Gráfico 12. Retorno obtenido en diagnóstico según outputs



A continuación, se detallan los outcomes según output y stakeholder vinculados al retorno.

Tabla 21. Output 1. Creación de documento de consenso en diagnóstico

Stakeholder	Descripción del outcome	Retorno (€)
Pacientes incidentes	1.3 Los pacientes recibirán información específica sobre su enfermedad.	1.247.357,97 €
TOTAL		1.247.357,97 €

Tabla 22. Output 2. Implantación y uso de la teledermatología diferida

Stakeholder	Descripción del outcome	Retorno (€)
Pacientes con psoriasis leve	2.2 Disminución del número de visitas a dermatología en función de los resultados de la teledermatología diferida.	5.928.641,45 €
	2.3 Derivación de los pacientes a atención secundaria cuando con la teledermatología se estima necesario.	-3.148.108,19 €
TOTAL		2.780.533,26 €

Tabla 23. Output 3. Suma de ambos outputs (1+2)

Stakeholder	Descripción del outcome	Retorno (€)
Pacientes con psoriasis leve	3.1 Ahorro en una visita al especialista dermatólogo, cuando con la teledermatología no se estima necesario derivarlo a atención secundaria.	2.305.933,76 €
Pacientes mal diagnosticados	3.2 Los pacientes obtendrán un diagnóstico correcto para su problema de salud (diferente de psoriasis).	0,00 €
	3.3 Mejora del bienestar general de los pacientes al estar bien diagnosticados y controlar mejor su enfermedad.	155.029.234,88 €
TOTAL		157.335.168,64 €

En el área de diagnóstico, por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 6,90 euros.

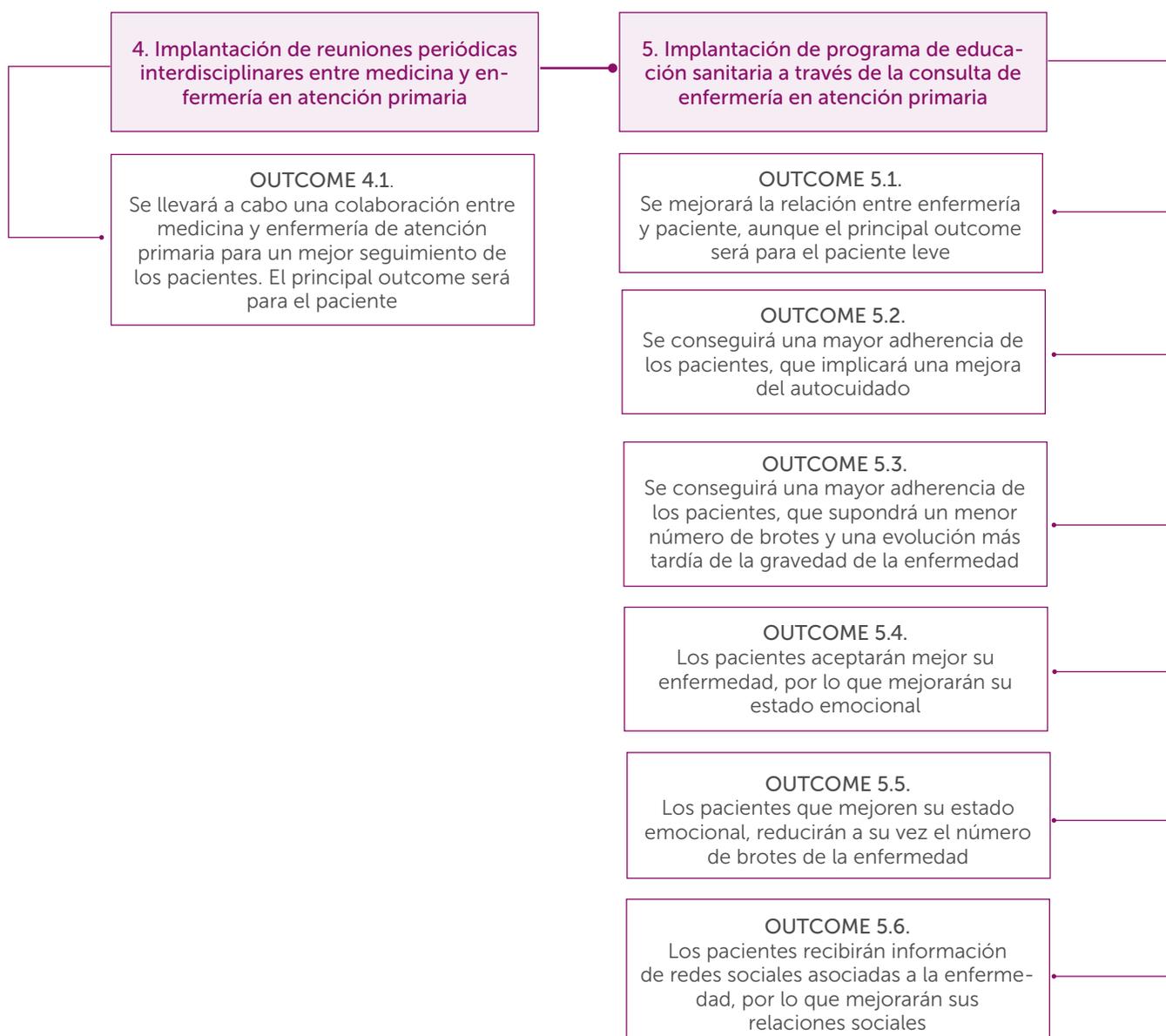
Gráfico 13. Inversión versus Retorno en diagnóstico. Ratio SROI



5.3.4 SROI Psoriasis leve

A continuación se expone el mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes vinculados con el área de 'psoriasis leve'.

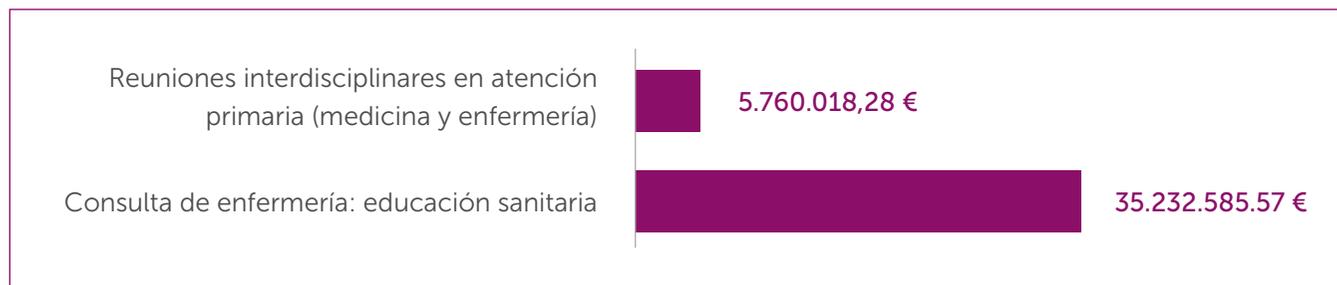
Figura 7. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: psoriasis leve



Inversión total

La inversión total realizada en el área de psoriasis leve asciende a 40,99 millones de euros. Por un lado, la implantación del output 4 (reuniones periódicas entre medicina de atención primaria y enfermería para la mejora del seguimiento de los pacientes) supone un coste de 5,76 millones de euros. Por otro lado, el output 5 (la planificación de consultas periódicas de enfermería con los pacientes leves), requiere un total de 35,23 millones de euros (Gráfico 14).

Gráfico 14. Inversión realizada en psoriasis leve según outputs



A continuación, se detallan los inputs según output y stakeholder vinculados a dicha inversión.

Tabla 24. Output 4. Reuniones interdisciplinarias en psoriasis leve

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas en medicina de atención primaria	Tiempo de trabajo (reunión interdisciplinar).	3.803.805,17 €
Especialistas en enfermería en atención primaria	Tiempo de trabajo (reunión interdisciplinar).	1.956.213,11 €
TOTAL		5.760.018,28 €

Tabla 25. Output 5. Consulta de enfermería: educación sanitaria

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas en enfermería en atención primaria	Tiempo de trabajo (consulta).	35.232.585,57 €
Pacientes con psoriasis leve	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		35.232.585,57 €

Retorno obtenido

Por su parte, el retorno social obtenido en el área de psoriasis leve ascendería a 648,10 millones de euros. Este retorno se obtendría a partir de ambos outputs ya que están directamente relacionados: por un lado, las reuniones interdisciplinarias serían de utilidad para mantener la comunicación fluida entre ambos especialistas acerca del seguimiento y tratamiento del paciente, así como para la formación del especialista en enfermería de atención primaria a este respecto; por otro lado, desde enfermería se llevaría a cabo la labor de educación sanitaria del paciente para la mejora de su adherencia al tratamiento.

A continuación, se detallan los outcomes según output y stakeholder vinculados al retorno.

Tabla 26. Output 4 y 5. Reuniones interdisciplinares en psoriasis leve y consulta de enfermería

Stakeholder	Descripción del outcome	Retorno (€)
Pacientes con psoriasis leve	5.2. Mayor adherencia de los pacientes, que implicará una mejora del autocuidado	32.624.038,15 €
Pacientes con psoriasis leve	5.3. Mayor adherencia de los pacientes, que supondrá menor número de brotes y una evolución más tardía de la gravedad de la enfermedad.	219.211.295,78 €
Pacientes con psoriasis leve	5.4. Los pacientes aceptarán mejor su enfermedad, por lo que mejorarán su estado emocional	253.535.700,76 €
Pacientes con psoriasis leve	5.5. Menor número de brotes, al estar mejor emocionalmente.	103.990.202,22 €
Pacientes con psoriasis leve	5.6. Los pacientes recibirán información de redes sociales asociadas a la enfermedad, por lo que mejorarán sus relaciones sociales.	38.740.065,00 €
TOTAL		648.101.301,91 €

En el área de psoriasis leve, por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 15,81 euros.

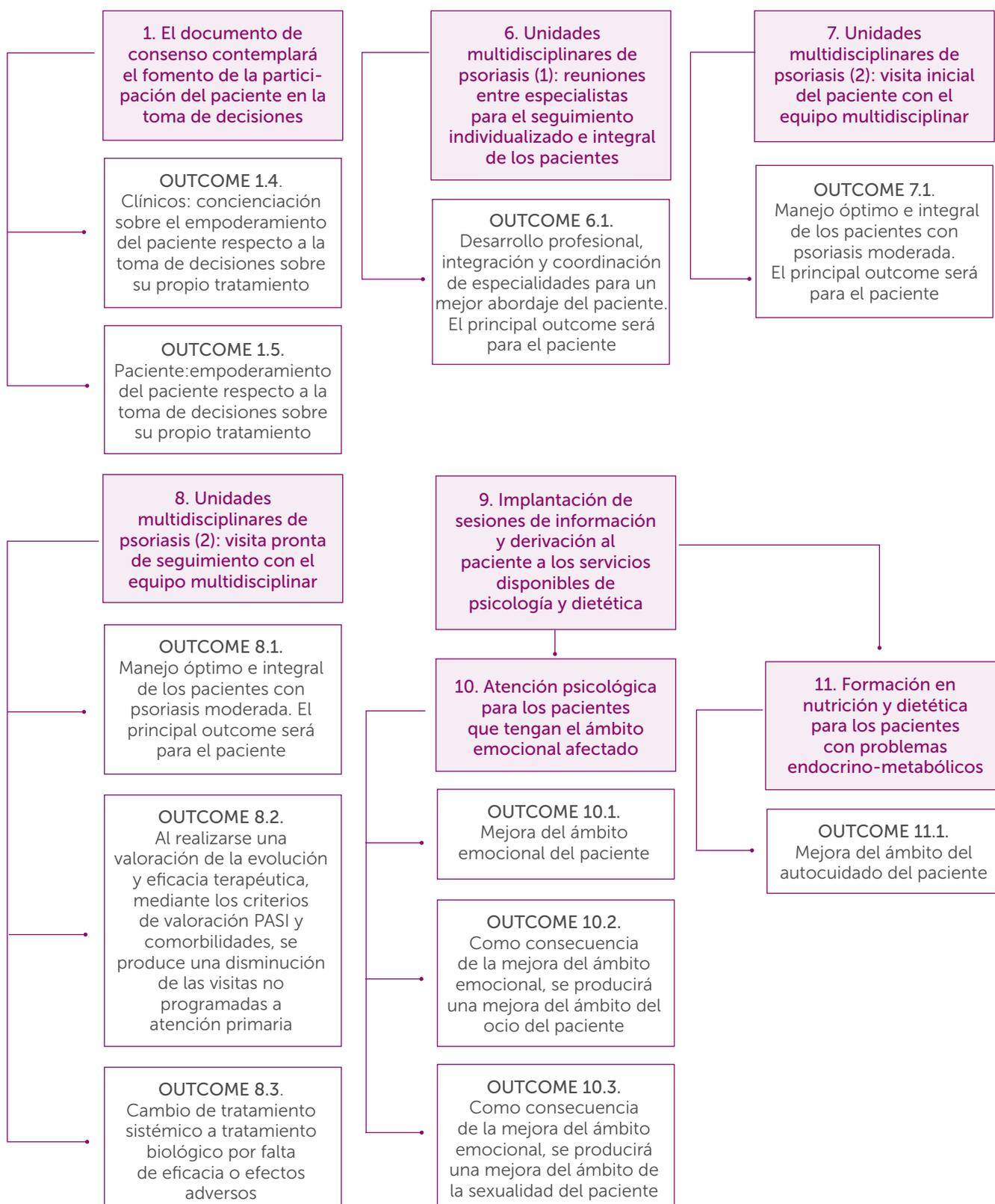
Gráfico 15. Inversión versus Retorno en psoriasis leve. Ratio SROI

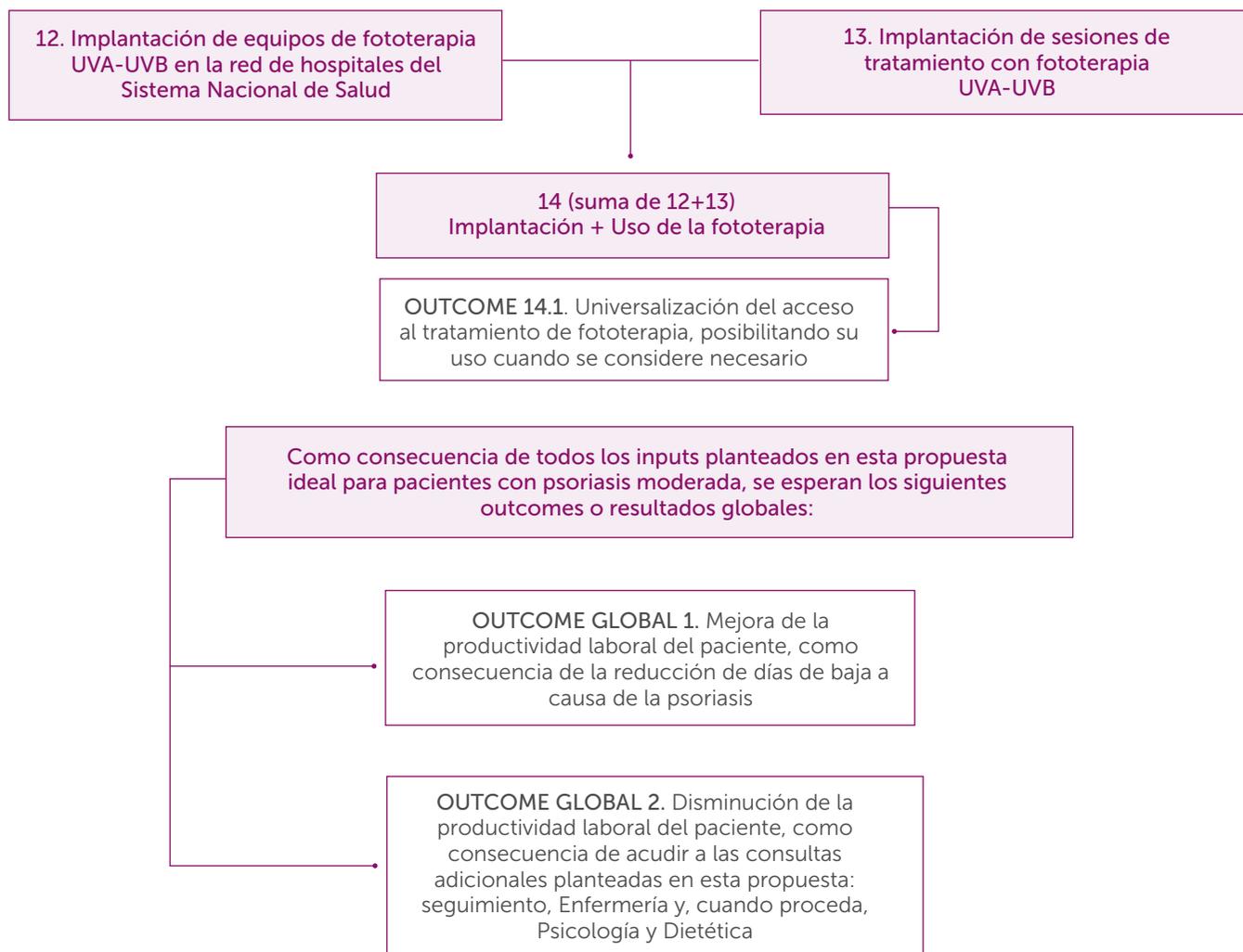


5.3.5 SROI Psoriasis moderada

A continuación se expone el mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes vinculados con el área de 'psoriasis moderada'.

Figura 8. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: psoriasis moderada





Inversión total

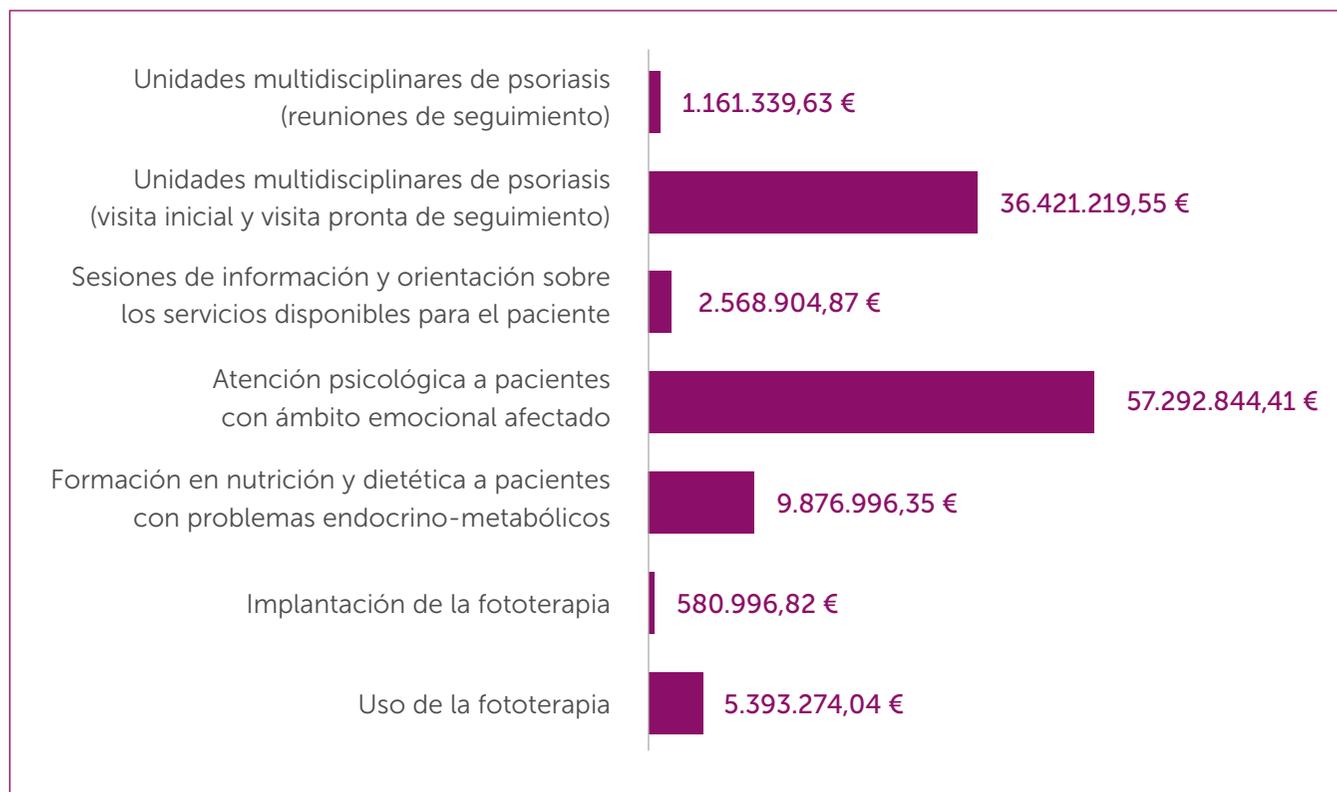
La inversión total realizada en el área de psoriasis moderada asciende a 113,30 millones de euros. El output 6 (reuniones interdisciplinarias entre los especialistas en medicina de atención primaria y el resto de especialidades de secundaria) supone un coste de 1,16 millones de euros, mientras que el output 7 (visitas de seguimiento, inicial y pronta, del paciente con el equipo multidisciplinar de atención secundaria) conlleva un coste de 36,42 millones de euros.

En el equipo multidisciplinar se encuentra integrada la especialidad de enfermería que informará y orientará al paciente sobre los servicios de atención psicológica y nutricional disponibles. Este aspecto supone un coste de 2,57 millones de euros. A continuación, la atención psicológica para los pacientes moderados que tengan el ámbito emocional afectado generará un coste de 57,29 millones de euros, y la formación en nutrición y dietética para aquéllos con problemas endocrino-metabólicos en torno a los 9,88 millones de euros.

Por último, el coste de implantar los equipos tecnológicos para el tratamiento con fototerapia en aquellos centros donde aún no está implantada tiene un coste en el primer año de 581 mil euros^d; por su lado, los costes materiales y humanos generados a partir del uso de la fototerapia en los pacientes que requieran este tratamiento supondría una inversión total de 5,39 millones de euros (Gráfico 16).

^dSe incluye la inversión en la implantación de los equipos de fototerapia según su amortización media (7,5 años)^{68,69}.

Gráfico 16. Inversión realizada en psoriasis moderada según outputs



A continuación, se detallan los inputs según output y stakeholder vinculados a dicha inversión.

Tabla 27. Output 6. Reuniones interdisciplinares en psoriasis moderada

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Equipo multidisciplinar (1)	Tiempo de trabajo (reunión de seguimiento).	1.161.339,63 €
TOTAL		1.161.339,63 €

Tabla 28. Output 7 y 8. Visita inicial y pronta de seguimiento en psoriasis moderada

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Equipo multidisciplinar (2)	Tiempo de trabajo (visita inicial).	15.974.824,30 €
	Tiempo de trabajo (visita pronta de seguimiento).	20.446.395,24 €
Pacientes con psoriasis moderada	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		36.421.219,55 €

Tabla 29. Output 9. Sesiones de información y orientación sobre servicios disponibles

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas de enfermería hospitalaria	Tiempo de trabajo (consulta).	2.568.904,87 €
Pacientes con psoriasis moderada	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		2.568.904,87 €

Tabla 30. Output 10. Atención psicológica para pacientes moderados con ámbito emocional afectado

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas de psicología	Tiempo de trabajo (consulta).	57.292.844,41 €
Pacientes con psoriasis moderada	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		57.292.844,41 €

Tabla 31. Output 11. Formación en nutrición y dietética para pacientes moderados con problemas endocrino-nutricionales

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas en dietética y nutrición	Tiempo de trabajo (consulta).	9.876.996,35 €
Pacientes con psoriasis moderada	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		9.876.996,35 €

Tabla 32. Output 12 y 13. Implantación y uso de la fototerapia

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Sistema Nacional de Salud	Implantación de la fototerapia.	580.996,82 €
	Uso de la fototerapia.	5.393.274,04 €
Pacientes con psoriasis moderada	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		5.974.270,86 €

Retorno obtenido

Por su parte, el retorno social obtenido en el área de psoriasis moderada ascendería a 221,34 millones de euros. El mayor retorno se obtiene de la implantación de equipos multidisciplinares (84,44 millones de euros), que resultarán de un uso más racional de la atención primaria, así como de la prevención de la progresión de la enfermedad a psoriasis grave.

Por su parte, los servicios adicionales de psicología y nutrición reportarán un retorno social de 78,91 y 25,07 millones de euros. El cambio de actitud en la toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente, aspecto en apariencia insignificante, supone un retorno de 12,20 millones de euros, y estaría relacionado con la adaptación del tratamiento a las circunstancias personales del paciente.

El output 14 (fototerapia) repercutiría en un total de 4,51 millones de euros. Dicho retorno es inferior al coste de uso de la fototerapia, pero el tratamiento adecuado al paciente tendrá otra serie de retornos positivos que, desde el enfoque prospectivo, no han sido posible cuantificar.

Por último, se contempla un retorno conjunto en mejora de la productividad laboral, tras la prevista reducción de días de baja laboral consecuencia de la mejora de la calidad de vida del paciente, tras un seguimiento y tratamiento adecuados, que supondrían un ahorro de 16,22 millones de euros (Gráfico 17).

Gráfico 17. Retorno obtenido en psoriasis moderada según outputs



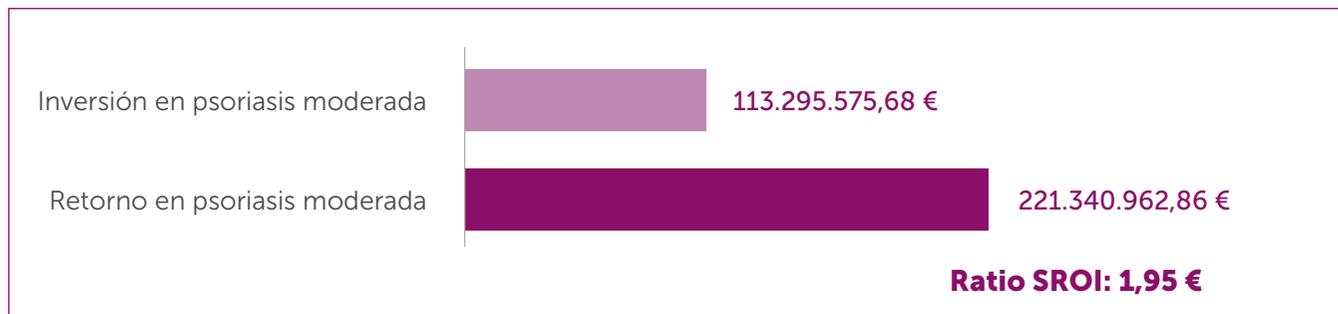
A continuación, se detallan los outcomes según output y stakeholder vinculados al retorno.

Tabla 33. Unidades multidisciplinares de psoriasis en psoriasis moderada

Stakeholder	Descripción del outcome	Retorno (€)
Pacientes con psoriasis moderada	8.2. Al realizarse una valoración de la evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades, supone una disminución de las visitas no programadas a AP.	3.132.242,56 €
Pacientes con psoriasis moderada	8.3. Cambio de tratamiento del fármaco sistémico al tratamiento biológico por falta de eficacia o efectos adversos	81.305.463,15 €
Pacientes con psoriasis moderada	10.1. Mejora del ámbito emocional del paciente	46.321.394,49 €
Pacientes con psoriasis moderada	10.2. Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito del ocio del paciente	16.821.112,72 €
Pacientes con psoriasis moderada	10.3. Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito de la sexualidad del paciente	15.767.101,58 €
Pacientes con psoriasis moderada	11.1. Mejora del ámbito del autocuidado del paciente	25.067.617,34 €
Pacientes con psoriasis moderada	1.5. Empoderamiento del paciente respecto a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.	12.195.060,00 €
Pacientes con psoriasis moderada	14.1. Universalización de acceso al tratamiento de fototerapia.	4.513.020,43 €
Pacientes con psoriasis moderada	OUTCOME GLOBAL: Mejora de la productividad laboral	23.005.566,82 €
Pacientes con psoriasis moderada	OUTCOME GLOBAL: Disminución de la productividad laboral	-6.787.616,23 €
TOTAL		221.340.962,86 €

En el área de psoriasis moderada, por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 1,95 euros.

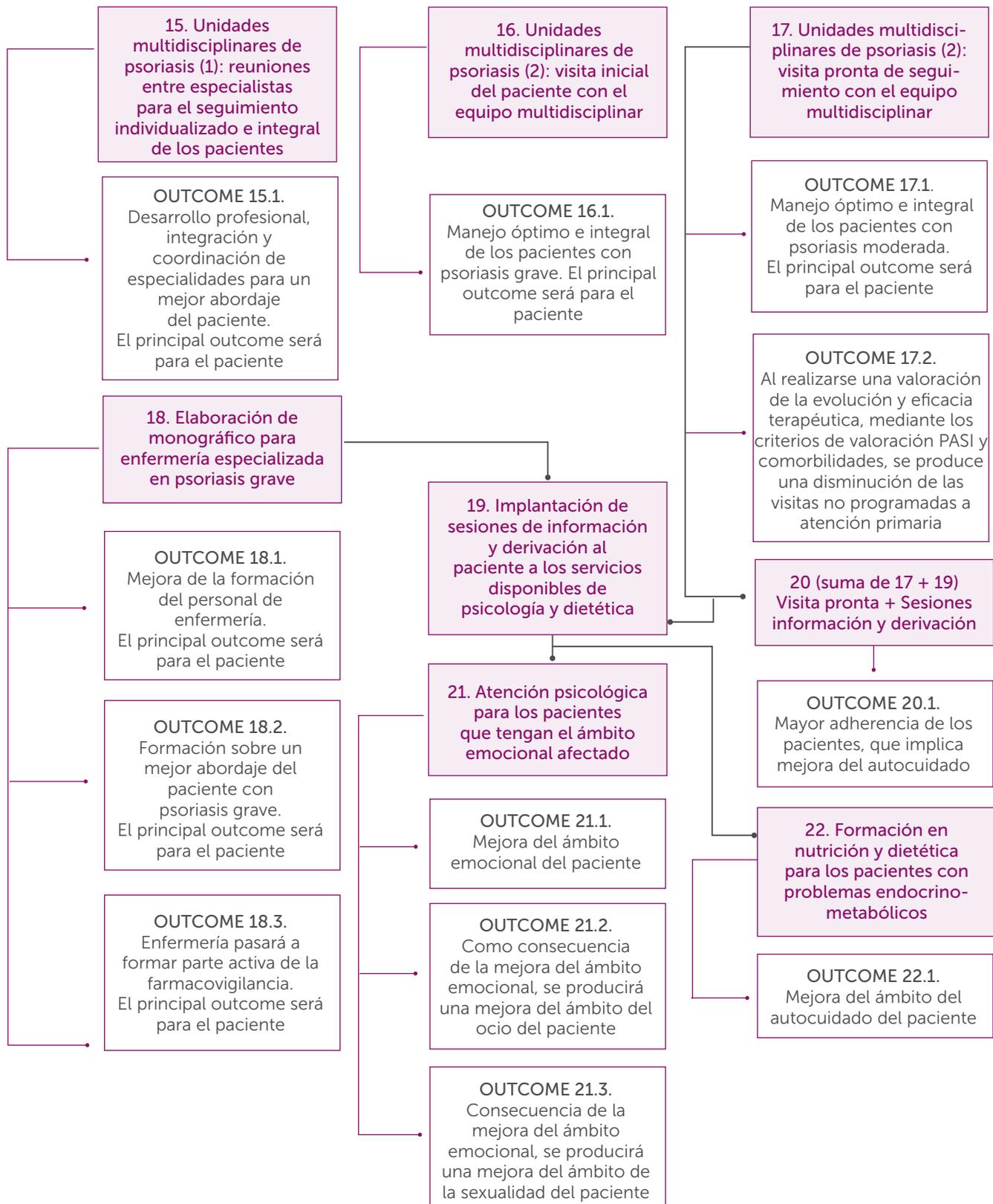
Gráfico 18. Inversión *versus* Retorno en psoriasis moderada. Ratio SROI

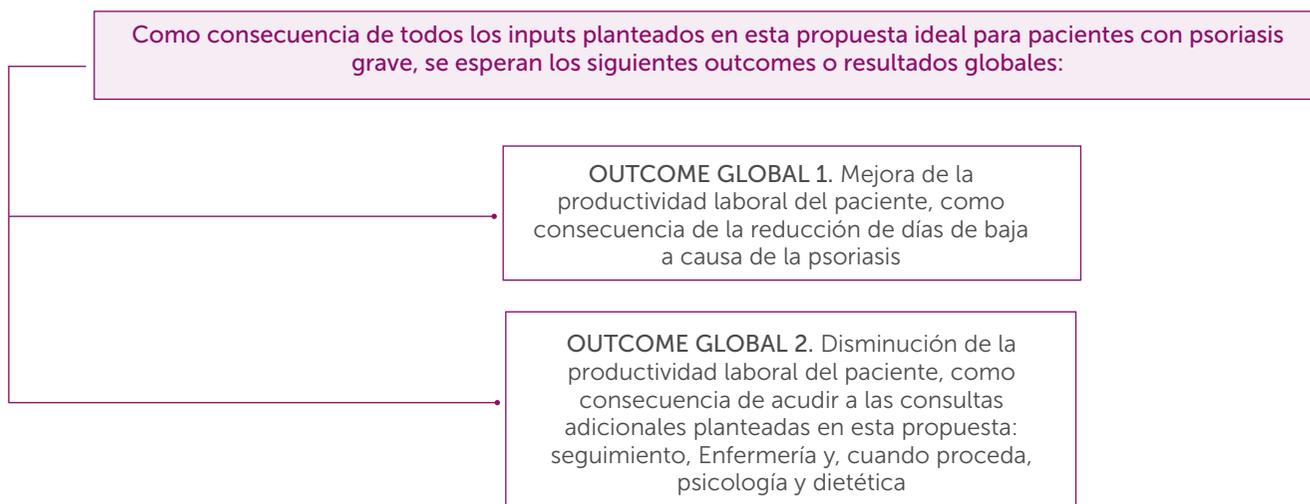


5.3.6. SROI Psoriasis grave

A continuación se expone el mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes vinculados con el área de 'psoriasis grave'.

Figura 9. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: psoriasis grave



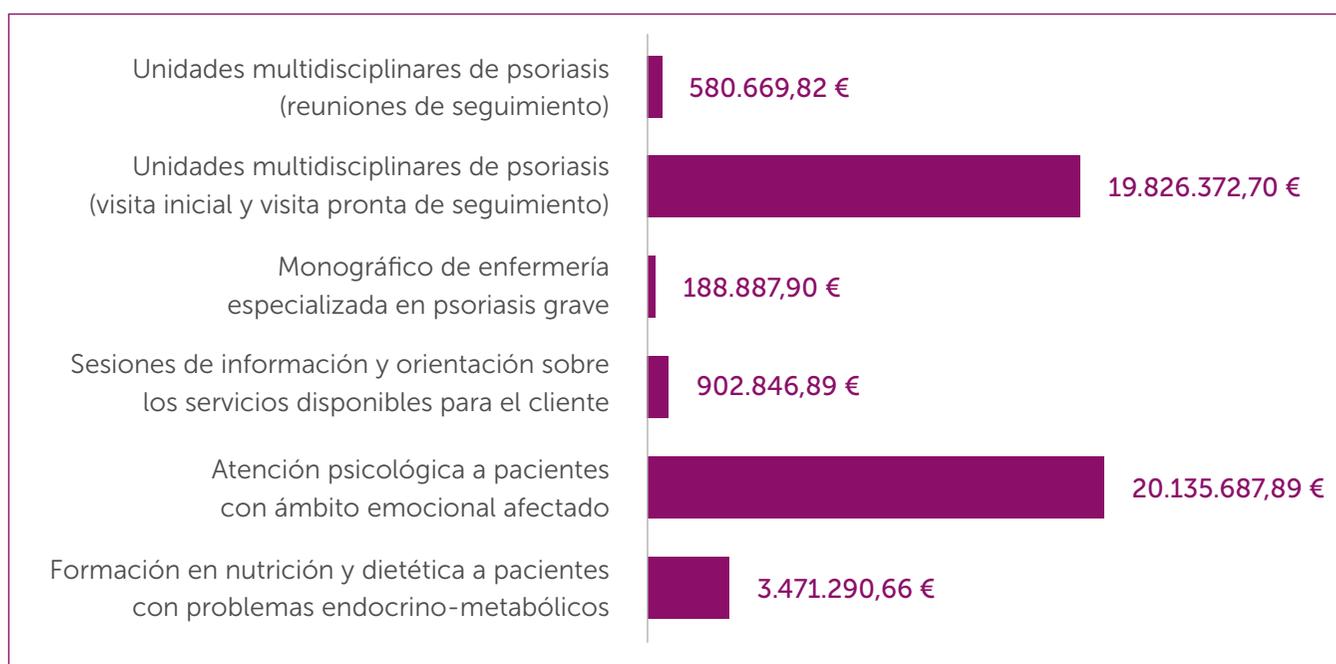


Inversión total

La inversión total realizada en el área de psoriasis grave asciende a 45,11 millones de euros. El output 15 (reuniones interdisciplinares entre los especialistas en medicina de atención primaria y el resto de especialidades de secundaria) supone un coste de 580,67 mil euros, mientras los outputs 16 y 17 (visitas de seguimiento, inicial y pronta, del paciente con el equipo multidisciplinar de atención secundaria) ascienden a 19,83 millones de euros. En relación al área de enfermería, el output 18 (creación del monográfico en enfermería especializada en psoriasis grave), supondría un coste de 188,89 mil euros. Por otro lado, el output 19 (consultas de información y orientación al paciente sobre los servicios de atención psicológica y nutricional disponibles) ascendería a 902,85 mil euros.

A continuación, el output 21 (la atención psicológica para los pacientes graves que tengan el ámbito emocional afectado) generará un coste de 20,14 millones de euros, y el output 22 (formación en nutrición y dietética para aquéllos con problemas endocrino-metabólicos) en torno a los 3,47 millones de euros (Gráfico 19).

Gráfico 19. Inversión realizada en psoriasis grave según outputs



A continuación, se detallan los inputs según output y stakeholder vinculados a dicha inversión.

Tabla 34. Output 15. Reuniones interdisciplinares en psoriasis grave

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Equipo multidisciplinar (1)	Tiempo de trabajo (reunión de seguimiento).	580.669,82 €
TOTAL		580.669,82 €

Tabla 35. Output 16 y 17. Visita inicial y pronta de seguimiento en psoriasis grave

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Equipo multidisciplinar (2)	Tiempo de trabajo (visita inicial).	10.121.629,26 €
	Tiempo de trabajo (visita pronta de seguimiento)	9.704.743,44 €
Pacientes con psoriasis grave	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		19.826.372,70 €

Tabla 36. Output 18. Monográfico de enfermería especializada en psoriasis grave

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Grupo de Trabajo de Psoriasis (2)	Tiempo de trabajo (elaboración de monográfico).	28.274,43 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos para elaboración de monográfico.	10.296,70 €
Especialistas en enfermería hospitalaria	Tiempo de trabajo (formación)	150.316,77 €
TOTAL		188.887,90 €

Tabla 37. Output 19. Sesiones de información y orientación sobre servicios disponibles

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas en enfermería hospitalaria	Tiempo de trabajo (consulta).	902.846,89 €
Pacientes con psoriasis grave	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		902.846,89 €

Tabla 38. Output 21. Atención psicológica para pacientes graves con ámbito emocional afectado

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas en psicología	Tiempo de trabajo (consulta).	20.135.687,89 €
Pacientes con psoriasis grave	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		20.135.687,89 €

Tabla 39. Output 22. Formación en nutrición y dietética para pacientes graves con problemas endocrino-nutricionales

Stakeholder	Descripción del Input	Inversión (€)
Especialistas en dietética y nutrición	Tiempo de trabajo (consulta).	3.471.290,66 €
Pacientes con psoriasis grave	Tiempo personal (consulta).	0,00 €
TOTAL		3.471.290,66 €

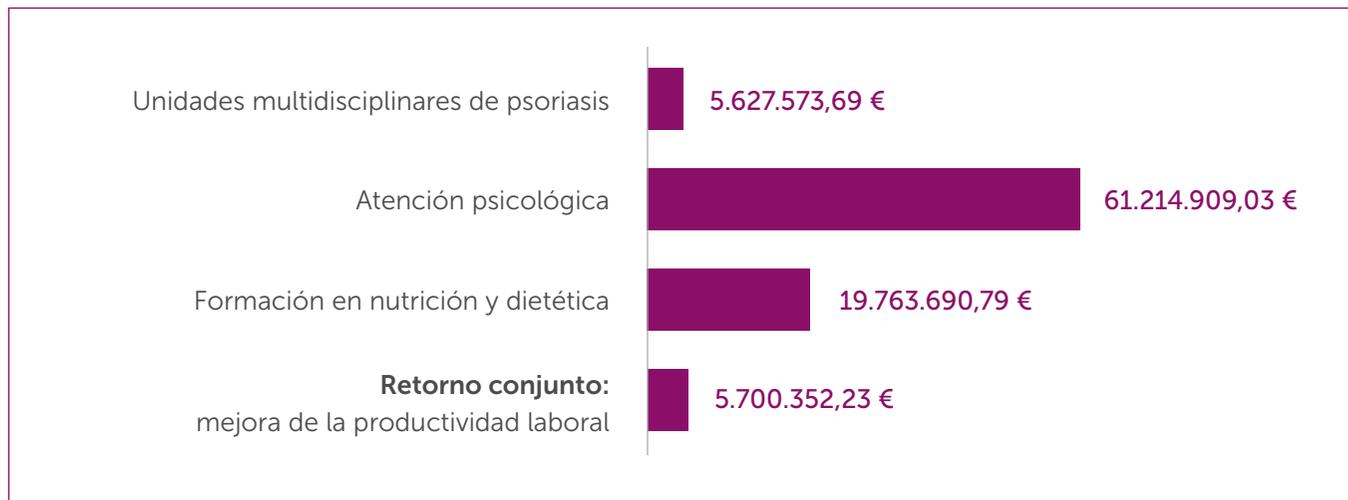
Retorno obtenido

Por su parte, el retorno social obtenido en el área de psoriasis grave ascendería a 92,31 millones de euros. El mayor retorno se obtiene de las sesiones de atención psicológicas para los pacientes con el ámbito emocional afectado, si bien estas consultas son una consecuencia directa de la propuesta de implantación de equipos multidisciplinares, donde está integrada la especialidad de enfermería, que actúa como profesional intermedio en la derivación de los pacientes a los servicios que puedan necesitar.

Por su parte, los servicios adicionales de psicología y nutrición reportarán un retorno social de 61,21 y 19,76 millones de euros.

Por último, se contempla un retorno conjunto en mejora de la productividad laboral, tras la prevista reducción de días de baja laboral consecuencia de la mejora de la calidad de vida del paciente, tras un seguimiento y tratamiento adecuados, que supondrían un ahorro de 5,70 millones de euros (Gráfico 20).

Gráfico 20. Retorno obtenido en psoriasis grave según outputs



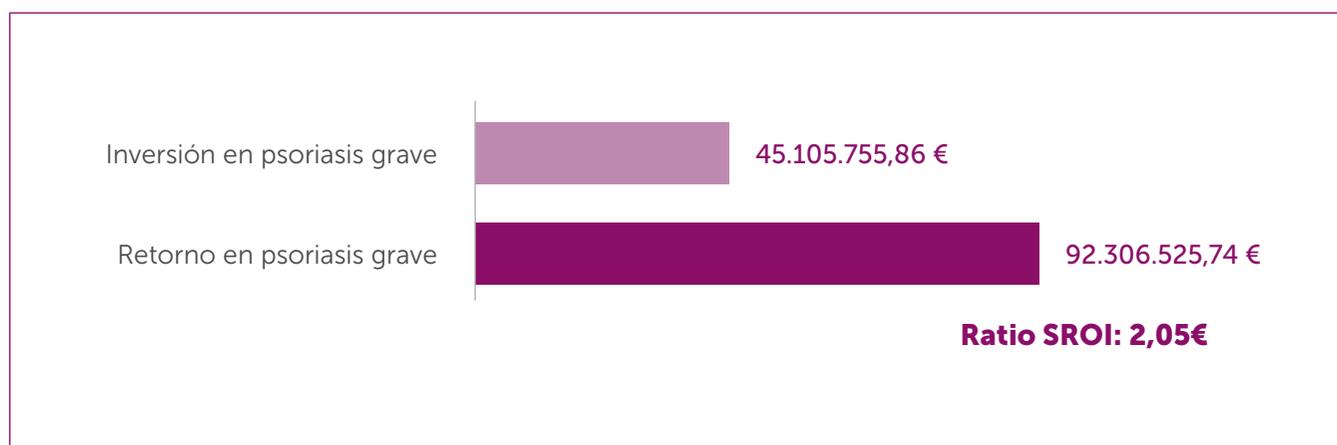
A continuación, se detallan los outcomes según output y stakeholder vinculados al retorno.

Tabla 40. Output: Unidades multidisciplinares de psoriasis en psoriasis grave

Stakeholder	Descripción del outcome	Retorno (€)
Pacientes con psoriasis grave	17.2. Al realizarse una valoración de la evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades, supone una disminución de las visitas no programadas a atención primaria.	1.100.856,59 €
Pacientes con psoriasis grave	20.1. Mayor adherencia de los pacientes, que implica una mejora del autocuidado	4.526.717,11 €
Pacientes con psoriasis grave	21.1. Mejora del ámbito emocional del paciente	35.225.364,90 €
Pacientes con psoriasis grave	21.2. Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito del ocio del paciente	13.423.787,11 €
Pacientes con psoriasis grave	21.3. Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito de la sexualidad del paciente	12.565.757,02 €
Pacientes con psoriasis grave	22.1. Mejora del ámbito autocuidado del paciente	19.763.690,79 €
Pacientes con psoriasis grave	OUTCOME GLOBAL: Mejora de la productividad laboral	8.085.914,98 €
Pacientes con psoriasis grave	OUTCOME GLOBAL: Disminución de la productividad laboral	-2.385.562,75 €
TOTAL		92.306.525,74 €

En el área de psoriasis grave, por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 2,05 euros.

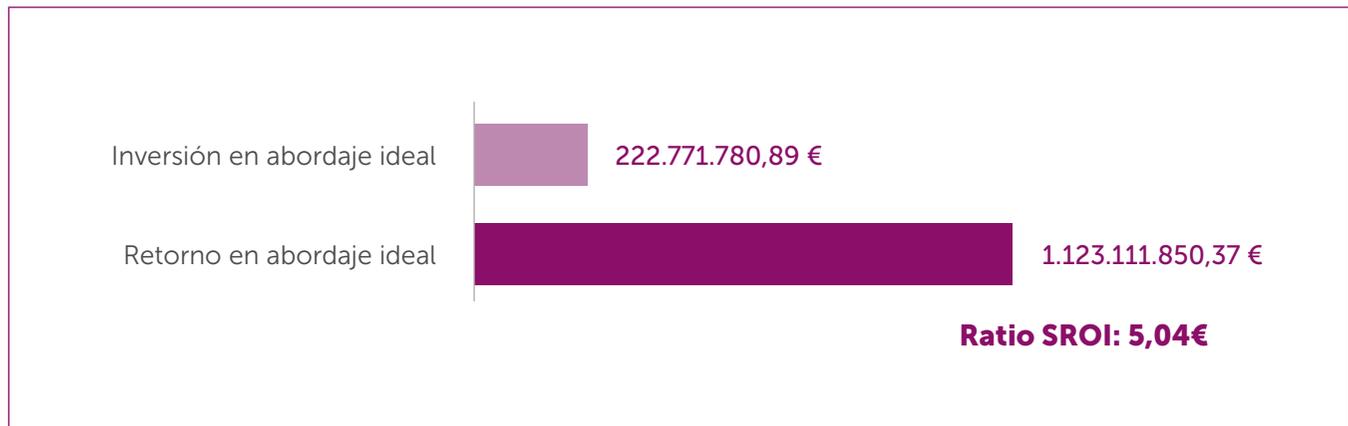
Gráfico 21. Inversión versus Retorno en psoriasis grave. Ratio SROI



5.3.7 SROI Total

Desde un punto de vista global, y entendiendo el abordaje ideal de la psoriasis como una propuesta integrada, por cada euro invertido se obtiene un retorno social de 5,04 euros.

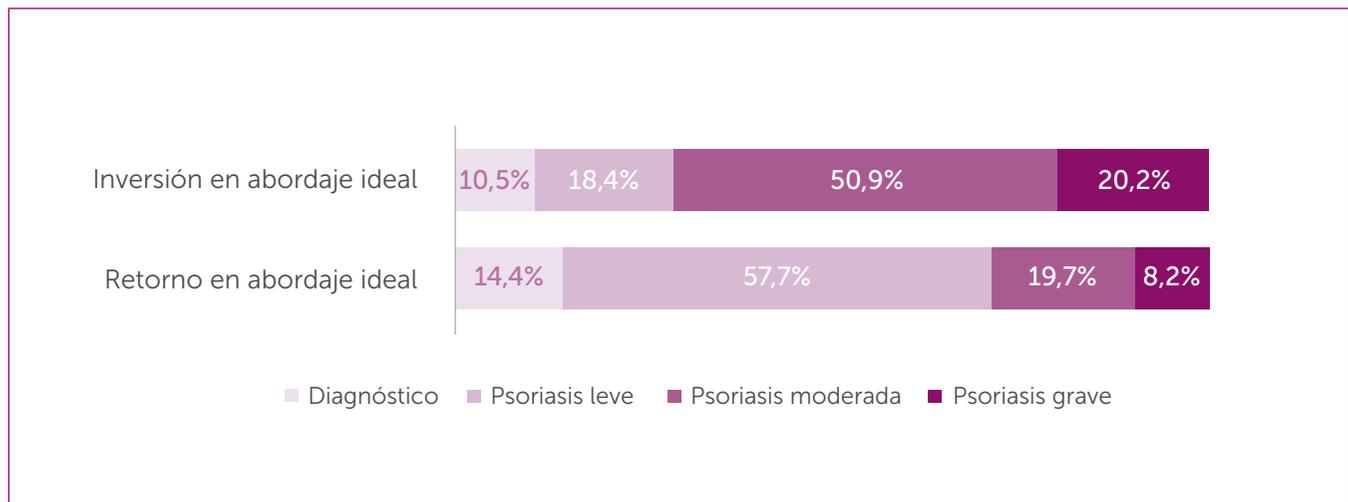
Gráfico 22. Inversión versus Retorno en abordaje ideal. Ratio SROI



La mayor parte de la inversión total se centraría en los pacientes que presentan un estado de salud más deteriorado y que, por tanto, requieren un mayor uso de recursos sanitarios: el 50,9% se destinaría a los pacientes con psoriasis moderada y el 20,2% a los que padecen psoriasis grave. El 18,4% de la inversión se focalizaría en pacientes con psoriasis leve mientras que el 10,5% se invertiría en un mejor diagnóstico.

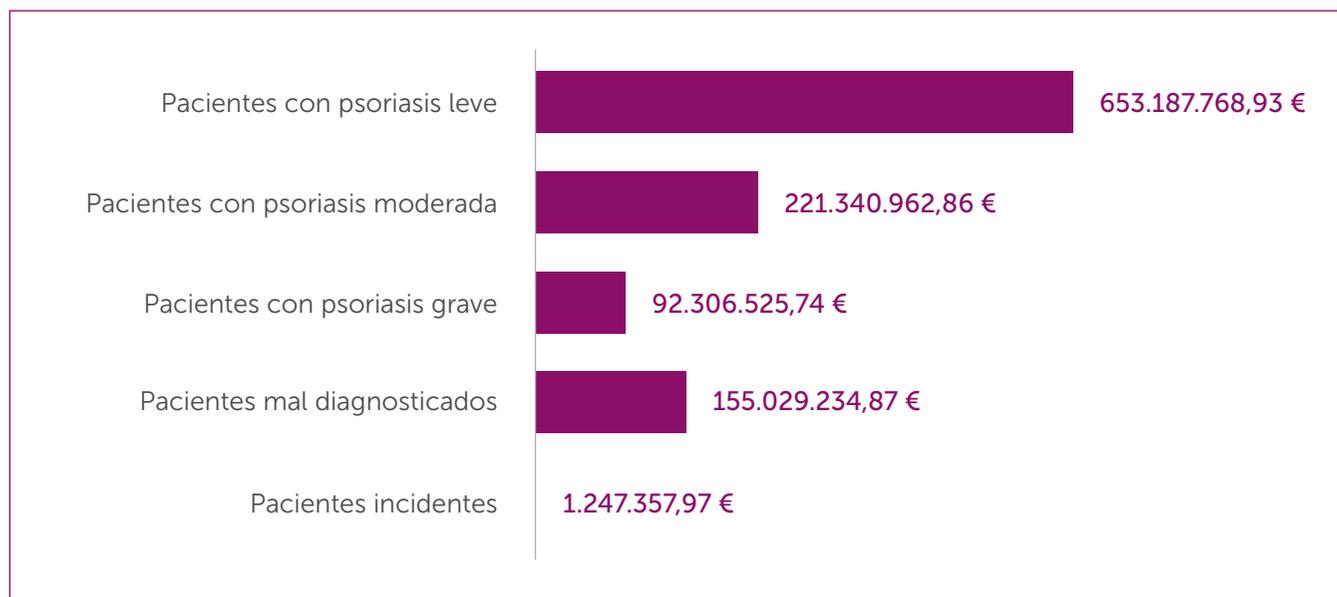
En cuanto al retorno social obtenido, más de la mitad corresponde a la psoriasis leve (57,7%). Estos pacientes se encuentran en un estado inicial de la enfermedad, por lo que la prevención o mejora en dicha fase puede lograr un gran retorno, principalmente debido a un retraso de la progresión de la enfermedad a estadios más avanzados. El 19,7% del retorno se obtendría en psoriasis moderada, el 14,4% en diagnóstico y el 8,2% en psoriasis grave.

Gráfico 23. Distribución de la inversión y del retorno según área de análisis



Según subgrupos de pacientes, el retorno total previsto en un abordaje ideal de la psoriasis se distribuirá de la siguiente forma: un 58,2% en pacientes leves (653,19 millones de euros), un 19,7% en pacientes con psoriasis moderada (221,34 millones de euros), un 13,8% en pacientes mal diagnosticados (155,03 millones de euros), un 8,2% en pacientes con psoriasis grave (92,31 millones de euros) y un 0,1% en pacientes incidentes o recién diagnosticados (1,25 millones de euros).

Gráfico 24. Distribución del retorno según subgrupo de pacientes



A continuación se muestra un resumen de la ratio total para el abordaje ideal de la psoriasis, así como por áreas de análisis.

Figura 10. Resumen de la ratio SROI total y por área de análisis



5.3.8 Análisis de sensibilidad

El resultado SROI del abordaje ideal de la psoriasis fue sometido a un análisis de sensibilidad para comprobar los resultados en caso de cambiar los valores de algunas variables. Como ya explicamos cuáles son las variables susceptibles en el apartado 4.4, a continuación presentamos los resultados del análisis realizado (Tabla 41-Tabla 42).

Tabla 41. Análisis de sensibilidad en función del "proxy" financiero "Disposición a pagar".

Área de análisis	Disposición a pagar según encuesta a pacientes con psoriasis	Supuesto base	Escenario más desfavorable	Escenario más favorable
Psoriasis leve	Por mejorar autocuidado	602,27 €	579,55 €	1204,55 €
	Por mejorar estado emocional	662,88 €	784,09 €	1325,76 €
	Por mejorar las relaciones sociales	601,19 €	275,30 €	1202,38 €
Psoriasis moderada	Por mejorar autocuidado	467,11 €	120,38 €	934,21 €
	Por mejorar estado emocional	720,96 €	494,95 €	1441,92 €
	Por mejorar el ocio	513,67 €	253,53 €	1027,34 €
	Por mejorar la sexualidad	745,79 €	746,52 €	1491,57 €
	Por mejorar las actividades cotidianas	535,71 €	461,43 €	1071,43 €
Psoriasis grave	Por mejorar autocuidado	467,11 €	120,38 €	934,21 €
	Por mejorar estado emocional	720,96 €	494,95 €	1441,92 €
	Por mejorar el ocio	513,67 €	253,53 €	1027,34 €
	Por mejorar la sexualidad	745,79 €	746,52 €	1491,57 €

Tabla 42. Análisis de sensibilidad en función de las inversiones amortizables.

Área de análisis	Inversiones amortizables	Supuesto base	Escenario más desfavorable	Escenario más favorable
Diagnóstico	Implantación de la tele dermatología	807.560,45 €	1.203.265,08 €	607.709,64 €
Psoriasis moderada	Implantación de la fototerapia	580.996,82 €	871.495,23 €	435.747,62 €

Tabla 43. Variación en la ratio SROI del análisis de sensibilidad multivariante.

	Supuesto base	Escenario más desfavorable	Escenario más favorable
Diagnóstico	6,90 €	6,79 €	6,96 €
Psoriasis leve	15,81 €	16,40 €	23,74 €
Psoriasis moderada	1,95 €	1,57 €	2,98 €
Psoriasis grave	2,05 €	1,25 €	3,94 €
SROI total	5,04 €	4,78 €	7,42 €

Los análisis de sensibilidad realizados demuestran la robustez de los resultados y el carácter conservador del escenario base. Como se puede apreciar a partir de los resultados de las tablas 42 y 43 la variación del SROI del supuesto base frente al escenario más desfavorable es solo del 5,44%, mientras que la diferencia del SROI del escenario más favorable frente al supuesto base es del 47,22%, lo que pone de manifiesto que los supuestos adoptados en el escenario base están mucho más próximos al escenario más desfavorable y bastante alejados del escenario más favorable, lo que implica que el SROI del abordaje ideal de la psoriasis sería con bastante probabilidad superior al 5,04 € calculado.

6. CONCLUSIONES

Al igual que la salud no es únicamente la ausencia de la enfermedad o dolencia, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social, tal como recoge su definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948, el tratamiento de una enfermedad no debe sólo ceñirse a la recuperación clínica del paciente. Por este motivo la asistencia sanitaria debería tener una visión más holística y reconstituir el bienestar físico, mental y social de los pacientes. Este principio debe estar en el centro de la atención sanitaria del siglo XXI para cualquier tipo de patología, pero especialmente en el caso de las enfermedades crónicas y, entre ellas, las que mayor impacto producen sobre el bienestar del paciente.

Como hemos señalado a lo largo de las páginas anteriores la psoriasis no solo deteriora la salud física del paciente, sino que afecta a su dimensión mental y social. El impacto en la calidad de vida del paciente y sobre múltiples aspectos de la vida cotidiana hace que sea necesario definir un nuevo abordaje multidisciplinar de la psoriasis. Tal como han puesto de manifiesto los resultados de la encuesta llevada a cabo a los pacientes, el tratamiento actual no está dando una respuesta adecuada a todas las necesidades que presentan los pacientes con psoriasis. Las necesidades no cubiertas son muchas y sobre todo se concentran en el impacto social de la enfermedad. Por este motivo, un abordaje convencional no es suficiente para ofrecer una atención integral a los pacientes con psoriasis.

Esta necesidad de definir un abordaje ideal conlleva un esfuerzo de inversión y financiero que no puede ser evaluado dentro de los parámetros habituales de los análisis coste efectividad, coste-utilidad o coste beneficio, ya que al plantear un abordaje integral, centrado en términos de impacto social, es necesario desarrollar nuevos métodos que capturen la rentabilidad social de la inversión necesaria para poner en marcha dicho abordaje ideal.

La utilización de la metodología SROI permite precisamente llevar a cabo dicha estimación. Su resultado puede orientar a los decisores para tomar conciencia del retorno que tiene para la sociedad hacer las cosas de forma diferente. Los resultados de nuestro trabajo indican que la inversión global en un abordaje ideal de la psoriasis supone un retorno social considerable, puesto que con cada euro invertido se obtiene un retorno de 5,04 €. Este resultado, se ha calculado con unos supuestos conservadores y muy cercanos al escenario más desfavorable, motivo por el que la rentabilidad social de la inversión en el abordaje ideal de la psoriasis podría llegar a ser superior. Hay que destacar que esta inversión no sólo se consigue de manera global, sino que la inversión en cualquiera de las cuatro áreas estudiadas produce retorno social considerable.

En este sentido, la importancia de un buen diagnóstico, preciso y precoz es un elemento clave en la rentabilidad social del nuevo abordaje de la psoriasis. Un correcto diagnóstico de la enfermedad implica un ahorro en visitas médicas, mientras que un diagnóstico ágil que conduzca de manera rápida al tratamiento y control de la psoriasis, produce mayor bienestar de los pacientes mal diagnosticados.

Por otro lado, en la psoriasis leve, el retorno obtenido de la inversión se traduce en varios aspectos: la mejora de la relación del paciente con el personal sanitario, y especialmente, con el personal de enfermería de atención primaria; la mayor adherencia de los pacientes al tratamiento integral de la enfermedad, lo que implicaría menor número de brotes, la mejora emocional de los pacientes, y consecuentemente una reducción de la progresión de la enfermedad; y el incremento de las relaciones sociales cuando el paciente percibe un buen estado de su piel.

Aunque el abordaje de la psoriasis moderada necesita una mayor inversión (50,9%) tanto en recursos humanos como infraestructuras, este área también produce retorno social positivo y cercano a 2. Este gasto podría disminuirse si el nuevo abordaje a nivel de diagnóstico y psoriasis leve se implementara, ya que se retrasaría la

evolución de la enfermedad (de leve a moderada), mejorando el bienestar emocional de los pacientes. En este sentido nuestro informe pone de manifiesto que la mejora en las infraestructuras actuales así como el acceso a las mismas se traduciría en una mejoría en la vida de estos pacientes.

En esta misma línea destaca que la rentabilidad social de la inversión en el caso de la psoriasis grave presenta una rentabilidad mayor que la de la moderada (2,05 € frente a 1,95 €). Al igual que el caso anterior, la paulatina implantación del abordaje ideal se traducirá en un menor porcentaje de pacientes con psoriasis grave, lo que también implicará una menor inversión en el futuro. El mayor retorno de la inversión en la psoriasis grave se debe a que estos son lo que más impacto social sufren, motivo por el que el abordaje ideal les produce un mayor retorno social en comparación con la psoriasis moderada.

Otra de las conclusiones más impactantes del presente informe es que este nuevo abordaje repercute de forma sustancial en la calidad de vida de los pacientes, indistintamente de la gravedad que presenten, y no sólo en el aspecto económico. El motivo para este resultado está en los principales ámbitos de la vida del paciente afectados por la enfermedad, y por los que los pacientes estarían dispuestos a pagar por mejorarlos son su vida emocional, su ocio, su sexualidad y sus relaciones sociales, que además mantienen una interrelación entre sí. La satisfacción en estos ámbitos se incrementaría a partir de la implantación de un nuevo abordaje ideal, motivo por el que la inversión realizada en el nuevo abordaje impacta positivamente sobre la calidad de vida del paciente, ya que éste mejora y reduce parte de las consecuencias que la psoriasis produce sobre la vida emocional, el ocio, la sexualidad y las relaciones sociales de los paciente.

Por último, señalar que la implantación de todas las propuestas supone una mejora de la productividad laboral, sobre todo en psoriasis moderada y psoriasis grave, ya que habrá una disminución de los días de baja laboral y así como un menor absentismo y presentismo laboral. En este caso, la inversión generada en el sector sanitario produce externalidades en el resto de sectores productivos, no sólo por el incremento de la productividad de estos pacientes, al tener menos bajas, sino por el mantenimiento del gasto de consumo debido a la no disminución del tiempo de ocio de los pacientes.

A pesar de estas conclusiones, no nos gustaría terminar sin señalar alguna de las limitaciones del presente trabajo. En primer lugar, el análisis SROI utilizado, de tipo prospectivo, solamente permite estimar los posibles cambios futuros, pero no evaluar de forma precisa el alcance del abordaje ideal. Por otro lado, el impacto de las intervenciones del abordaje ideal sobre las distintas áreas de la vida del paciente se basan en estimaciones realizadas por los expertos consultados, ya que no se dispone de datos reales aportados por los propios pacientes. Otra limitación es que los pacientes consultados en la encuesta se clasificaron como leves y moderados/graves, en función de las especialidades visitadas, atención primaria y dermatología respectivamente. No obstante, esta limitación se compensa con las propuestas incluidas en el abordaje ideal, que sí están claramente diferenciadas según niveles de gravedad (leve, moderada, grave). Igualmente debemos señalar que en la conformación de los comités de expertos la representatividad de los pacientes ha sido limitada. Otra de las limitaciones importantes es la escasez de referencias bibliográficas nacionales sobre las que sustentar la metodología, ha hecho necesario el uso de referencias internacionales, por este motivo ha sido necesario realizar algunas asunciones debido a la ausencia de literatura científica con información al respecto. Por último, a pesar de que este trabajo considera que los pacientes de nuevo diagnóstico tendrán mejor controlada su enfermedad y se incrementará su bienestar general, los outcomes no han podido calcularse en términos monetarios al no disponer de la información necesaria.

A pesar de estas limitaciones creemos firmemente que este informe pone de manifiesto que para dar una respuesta adecuada a los pacientes con psoriasis es necesario un nuevo abordaje multidisciplinar con una orientación holística. Este nuevo abordaje implica una inversión y un esfuerzo por parte del SNS, o lo que es

lo mismo, de toda la sociedad, que es quién financia mediante sus impuestos al sistema sanitario. Ahora bien, tal como hemos puesto de manifiesto, esta inversión tiene un retorno mucho más alto para el conjunto de la sociedad, lo que implica que los resultados no sólo se traduzcan en unos mejores resultados clínicos, en una mayor satisfacción de los profesionales y en una mejor calidad de vida de los pacientes, sino también en un mayor retorno social cuantificado en euros.

La salud no tiene precio, pero sí tiene coste. La responsabilidad de nuestros gestores es realizar una correcta asignación de recursos y conseguir los mejores resultados de salud. Con este trabajo esperamos que además podamos evidenciar que con sus actuaciones también se puede incrementar el bienestar social al conseguir una rentabilidad social muy superior al sacrificio que demanda la puesta en marcha de un nuevo abordaje para la psoriasis.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrándiz Foraster C. Procesos dermatológicos frecuentes. Dermatosis papuloescamosas. Psoriasis. En: Medicina Interna Ferreras-Rozman. Decimoséptima Ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2012.
2. Luelmo J, Gratacós J, Martínez-Losa MM, Ribera M, Romani J, Calvet J, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinar de psoriasis y artritis psoriásica. *Reum Clin*. 2014;10(3):141-6.
3. Flor García A, Martínez Valdivieso L, Menéndez Ramos F, Barreda Hernández D, Mejía Recuero M, Barreira Hernández D. Actualización en el tratamiento de la psoriasis [Internet]. Servicio de Salud de Castilla La Mancha; 2013 [citado 6 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/psoriasis.pdf>
4. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2009;361(5):496-509.
5. Chang CA, Gottlieb AB, Lizzul PF. Management of psoriatic arthritis from the view of the dermatologist. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7(10):588-98.
6. Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, Gordon K, Horn EJ, Korman NJ, et al. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(6):1031-42.
7. Gupta R, Debbaneh MG, Liao W. Genetic Epidemiology of Psoriasis. *Curr Dermatol Rep*. 2014;3(1):61-78.
8. Roberson EDO, Bowcock AM. Psoriasis genetics: breaking the barrier. *Trends Genet TIG*. 2010;26(9):415-23.
9. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2014;105(5):504-9.
10. Huerta C, Rivero E, Rodríguez LAG. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol*. 2007;143(12):1559-1565.
11. Carrascosa J, Pujol R, Daudén E, Hernanz-Hermosa J, Bordas X, Smandia J, et al. A prospective evaluation of the cost of psoriasis in Spain (EPIDERMA project: Phase II). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20(7):840-5.
12. Sociedad Española de Reumatología (SER). Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis. Psoriasis. 2009.
13. Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(suppl 2):ii18-ii23.
14. Osakidetza. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Osakidetza. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011. (Información Farmacoterapéutica de la Comarca (Infac)). Report No.: Voumen 19, nº 3.
15. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2009;100(4):277-286.
16. American Academy of Dermatology Work Group, Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(1):137-74.
17. NICE clinical guideline 153. Psoriasis. The assessment and management of psoriasis. [Internet]. 2014 [citado 12 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg153/resources/guidance-psoriasis-pdf>
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.

19. Carrascosa JM, Vanacloch F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L, et al. Update of the Topical Treatment of Psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas Engl Ed.* 2009;100(3):190-200.
20. Menter A, Korman NJ, Elmetts CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(4):643-59.
21. Vaño-Galván S, Garate MT, Fleta-Asin B, Hidalgo Á, Fernández-Guarino, M, Bermejo, T, et al. Analysis of the cost effectiveness of home-based phototherapy with narrow-band UV-B radiation compared with biological drugs for the treatment of moderate to severe psoriasis. *Actas Dermosifilogr.* 2012;103(2):127-37.
22. Carrascosa JM, López-Estebanz JL, Carretero G, Daudén E, Ferrándiz C, Vidal D, et al. Documento de consenso de fototerapia en psoriasis del Grupo Español de Psoriasis: ultravioleta B de banda estrecha (UV-BBE), láser y fuentes monocromáticas de excímeros y terapia fotodinámica. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2011;102(3):175-86.
23. Menter A, Korman NJ, Elmetts CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(1):114-35.
24. Callen JP, Krueger GG, Lebwohl M, McBurney EI, Mease P, Menter A, et al. AAD consensus statement on psoriasis therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49(5):897-9.
25. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol.* 2005;152(5):861-7.
26. Puig L, Carrascosa JM, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, Ferrándiz C, Sánchez-Regaña M, et al. Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave con agentes biológicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2009;100(5):386-413.
27. Puig L, Carrascosa JM, Carretero G, de la Cueva P, Lafuente-Urrez RF, Belinchón I, et al. Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, 2013. I. Consideraciones de eficacia y selección del tratamiento. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2013;104(8):694-709.
28. Carretero G, Ribera M, Belinchón I, Carrascosa JM, Puig L, Ferrandiz C, et al. Acitretina: guía de uso en psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2013;104(7):598-616.
29. Resumen del EPAR para el público en general. EMA/727039/2014. EMEA/H/C/003729 [Internet]. European Medicines Agency. Science Medicines Health; 2015 [citado 23 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/003729/WC500183132.pdf
30. Apremilast. Otezla. Ficha Técnica. Agencia Española del Medicamento [Internet]. [citado 27 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/003746/WC500182627.pdf
31. Informe Técnico de terapias biológicas en Dermatología: Artritis psoriásica y Psoriasis [Internet]. 2012 [citado 16 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dermatologia.pdf>
32. Carretero G, Puig L, Dehesa L., Carrascosa JM, Ribera M, Sanchez-Regaña, M, et al. Metotrexato: guía de uso en psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2010;101(7):600-13.
33. Ara M, Gracia T, Pastushenko, E. Tratamiento combinado con etanercept y fármacos sistémicos/fototerapia en psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2015;106(3):180-8.
34. Mrowietz U, de Jong E m. g. j., Kragballe K, Langley R, Nast A, Puig L, et al. A consensus report on appropriate

- treatment optimization and transitioning in the management of moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(4):438-53.
35. Narrillos H. *Economía Social. Valoración y medición de la inversión social (método SROI)*. Madrid: Ecobook; 2012. 23 p.
 36. Emerson J, Cabaj M. Social return on investment. *Mak Waves* [Internet]. 2000 [citado 8 de febrero de 2016];11(2). Recuperado a partir de: http://tamarackcommunity.ca/downloads/clife/mcabaj/mc_sroi.pdf
 37. Tuan MT. Measuring and/or estimating social value creation: Insights into eight integrated cost approaches. Retrieved Gates Found Website Febr. 2008;23:2012.
 38. The SROI Network [Internet]. [citado 17 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://socialvalueuk.org/>
 39. Portal del Consejo General del Trabajo Social - El Consejo es miembro fundador de la Red SROI España [Internet]. Consejo General del Trabajo Social. [citado 17 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cgtrabajosocial.com//noticias/el-consejo-es-miembro-fundador-de-la-red-sroi-espana/1575/view>
 40. Banke-Thomas AO, Madaj B, Charles A, van den Broek N. Social Return on Investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: a systematic review. *BMC Public Health*. 2015;15.
 41. Grupo Civis. *Guía para el Retorno Social de la Inversión (SROI)* [Internet]. 2009 [citado 17 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://observatoritercersector.org/canviepoca/wp-content/uploads/2014/02/OTS_Guide-SROI-spanish.pdf
 42. Narrillos H. El SROI (social return ot investment): un método para medir el impacto social de las inversiones. *Análisis Financ*. 2010;(113):34-43.
 43. Biemann B, Bonini S, Emerson J, Nicholls J, Olsen S, Robertson S, et al. A framework for approaches to SROI analysis. *Soc Edge* [Internet]. 2005 [citado 17 de marzo de 2016]; Recuperado a partir de: https://ccednet-rcdec.ca/sites/ccednet-rcdec.ca/files/ccednet/pdfs/2005-050624_SROI_Framework.pdf
 44. Moreno-Ramírez, Fonseca E, Herranz P, Ara M. Realidad terapéutica de la psoriasis moderada-grave en España. Encuesta de opinión. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2010;101(10):858-65.
 45. Eguren IR. Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. [citado 18 de abril de 2016]; Recuperado a partir de: http://www.sidocfeminista.org/images/books/04449/04449_00.pdf
 46. Hehenberger L, Harling A-M, Scholten P. *Guía práctica para la medición y la gestión del impacto* [Internet]. EVPA; 2013 [citado 18 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.fundaciones.org/EPORTAL_DOCS/GENERAL/AEF/DOC-cw5537916e2a002/Gula_impacto-EVPA-AEF-2015.pdf
 47. IRIS Metrics | IRIS [Internet]. [citado 18 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <https://iris.thegiin.org/metrics>
 48. LBG España | Historia de el LONDON BENCHMARKING GROUP [Internet]. [citado 18 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.lbg.es/historia.php>
 49. Comisión Europea. *Métodos propuestos para la medición del impacto social* [Internet]. 2015 [citado 15 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/Alexandra/Downloads/KE-04-14-665-ES-N.pdf>
 50. Schneider G, Heuft G, Hockmann J. Determinants of social anxiety and social avoidance in psoriasis outpatients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(3):383-6.
 51. Ayala F, Sampogna F, Romano G v., Merolla R, Guida G, Gualberti G, et al. The impact of psoriasis on work-related problems: a multicenter cross-sectional survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(12):1623-32.

52. Bhatti Z, Salek M, Finlay A. Chronic diseases influence major life changing decisions: a new domain in quality of life research. *JRSM*. 2011;104(6):241-50.
53. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther*. 2010;23(2):174-80.
54. Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D. Impairment of Sexual Life in Patients with Psoriasis. *Dermatology*. 2007;214(2):144-50.
55. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CEM, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*. 2001;50(1):11-5.
56. Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol*. 2002;147(4):736-742.
57. Schmid-Ott G, Künsebeck H-W, Jäger B, Sittig U, Hofste N, Ott R, et al. Significance of the Stigmatization Experience of Psoriasis Patients: A 1-Year Follow-up of the Illness and its Psychosocial Consequences in Men and Women. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(1):27-32.
58. Szepletowski J, Hrehorów E, Salomon J, Matusiak J, Reich A. Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(1):67-72.
59. Basra M k. a., Sue-Ho R, Finlay A y. The Family Dermatology Life Quality Index: measuring the secondary impact of skin disease. *Br J Dermatol*. 2007;156(3):528-38.
60. Devrimci-Ozguven H, Kundakci N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14(4):267-71.
61. Ferrándiz Foraster C, García-Díez A, Lizán Tudela L, Bermúdez-Rey L, Badia Llach X. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clínica*. 2007;128(9):325-9.
62. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Ruiz-Carrascosa JC, Naranjo-Sintes R, Serrano-Ortega S, Jimenez-Moleon JJ. Distribution Pattern of Psoriasis Affects Sexual Function in Moderate to Severe Psoriasis: A Prospective Case Series Study: Distribution Pattern of Psoriasis and Sexual Dysfunction. *J Sex Med*. 2014;11(12):2882-9.
63. Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Impacto de la psoriasis en la sexualidad de los pacientes. *Piel*. 2014;29(10):632-6.
64. Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Discapacidad acumulada en el transcurso vital: la cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2014;105(2):128-34.
65. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. [Internet]. 2015 [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>
66. Instituto Nacional de Estadística. Media anual del índice general de Precios de Consumo. Base 2011. [Internet]. 2016. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10305&L=0>
67. CCEMG - EPPI-Centre Cost Converter v.1.4 [Internet]. [citado 28 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/>
68. Ministerio de Economía y Hacienda. Boletín Oficial del Estado. Documento consolidado BOE-A-2004-14600 [Internet]. 2004 [citado 14 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-14600>
69. Pedreño EP. Contabilidad: Iniciación práctica (e-book). Lex Nova; 2010. 491 p.
70. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012. 2012.

71. Romero G. Teledermatología en las Comunidades Autónomas [Internet]. 2015 [citado 8 de febrero de 2016]; Madrid. Recuperado a partir de: <http://es.slideshare.net/comsalud/teledermatologa-dermaesalud-aies-stiefel-gsk>
72. AEDV. Libro Blanco de la Dermatología [Internet]. 2008 [citado 4 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://aedv.es/wp-content/uploads/2015/04/LibroBlancoDerma.pdf>
73. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta anual de estructura salarial. Serie 2008-2013 [Internet]. [citado 16 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t22/p133/cno11/serie/l0/&file=02002.px>
74. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ciudadanos-Prestaciones y centro sanitarios - Centros y servicios del SNS -Instituto de Información Sanitaria - Centros y servicios del SNS -Centros y servicios del SNS - Consulta Centros AP [Internet]. [citado 16 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/centros.do?metodo=modalidadGestion>
75. Orruño et al. Diseño y plan de implementación de la telemedicina en áreas clínicas específicas: Telemonitorización y teledermatología. Evaluación de puesta en marcha y costes. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe 03/2007 [Internet]. 2010 [citado 8 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/83/osteba2007-03.pdf>
76. CatSalut. Microdatos CatSalut, 2014. 2014.
77. Romero G, Argila D, Moreno D, Santiago J, Sánchez M, Cortina P, et al. Estudio Longitudinal sobre Modelos prácticos de Teledermatología en España [Internet]. 2015 [citado 8 de febrero de 2016]; Madrid. Recuperado a partir de: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2015/12/TD-ESPA%C3%91A-EST-LONGIT-G-Romero.pdf>
78. Vaño-Galván S, Hidalgo á., Aguayo-Leiva I, Gil-Mosquera M, Ríos-Buceta L, Plana MN, et al. Teledermatología diferida: análisis de validez en una serie de 2.000 observaciones. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2011;102(4):277-83.
79. Consejería de Sanidad. BOCM Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. 11 de enero de 2012;(9):66.
80. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico. Consulta Interactiva del SNS [Internet]. 2015 [citado 14 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://peestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>
81. Colombo G, Altomare G, Peris K, Martini P, Quarta G, Congedo M, et al. Moderate and severe plaque psoriasis: cost-of-illness study in Italy. Ther Clin Risk Manag. 2008;4(2):559-68.
82. Consejería de Sanidad. BOCM Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. 26 de enero de 2015;(9):66.
83. Organización Médica Colegial. Estudio comparativo de las Retribuciones de los Médicos de Atención Primaria en España en 2014 y recortes desde 2009 [Internet]. 2015 [citado 8 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cesm.org.es/images/009/Retribuciones-Medicos-AP-2014-2009.pdf>
84. Redacción Médica. Los enfermeros cobran hasta 10.300 euros menos al año según la comunidad en la que trabajan. 2014 [citado 15 de febrero de 2016]; Recuperado a partir de: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/los-enfermeros-cobran-hasta-10-300-euros-menos-al-ano-segun-la-comunidad-en-la-que-trabajen>
85. Eminovic N, Dijkgraaf MG, Berghout RM, Prins AH. A cost minimisation analysis in teledermatology: model based approach. BMC Health Serv Res. 2010;
86. Grupo de expertos Psoriasis. 2015.
87. Media de los costes actualizados a 2015 de los boletines de las comunidades autónomas.

88. Encuesta a pacientes con Psoriasis. 2015.
89. Vanaclocha F, Crespo-Erchiga V, Jiménez-Puya R, Puig L, Sánchez-Carazo JL, Ferrán M, et al. Enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad y otras comorbilidades en pacientes con psoriasis. Características basales de la cohorte de pacientes con psoriasis del estudio AQUILES. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2015;106(1):35-43.
90. Batalla A, Suh-Oh HJ, Salgado-Boquete L, Abalde T, de la Torre C. Teledermatología. Capacidad para reducir consultas presenciales según el grupo de enfermedad. *Piel Barc* [Internet]. 2016; Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2015.09.013>
91. García MJ, Ruiz S. Estrés, calidad de vida y psoriasis: estado actual. *Psiquiatr Biológica*. 2001;8(4):141-5.
92. Acción Psoriasis. Análisis del impacto físico, emocional y socio-sanitario de la psoriasis. Informe descriptivo PROYECTO ACCIÓN 2014. 2014.
93. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LÁ, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012;44(1):5-10.
94. Aguilar Donis, A, Pérez Ferriols, MA, Alegre de Miguel, Víctor. Actividad anual de un servicio de fototerapia en un hospital terciario de Valencia, España. *Dermatol Cosmética Médica Quirúrgica* [Internet]. 2014;12. Recuperado a partir de: <http://dcmq.com.mx/edici%C3%B3n-octubre-diciembre-2014-volumen-12-n%C3%BAmero-4/311-actividad-anual-de-un-servicio-de-fototerapia-en-un-hospital-terciario-de-valencia,-espa%C3%B1a>
95. Medrano Martínez V, Callejo-Domínguez JM, Beltrán-Iasco I, Pérez-Carmona N, Abellán-Miralles I, González-Caballero G, et al. Folletos de información educativa en migraña: satisfacción percibida en un grupo de pacientes. *Neurología*. 2014;30(8):472-8.
96. Cuota anual a Acción Psoriasis. Asociación de Pacientes de Psoriasis y Familiares [Internet]. Acción Psoriasis - Asociación de Pacientes de Psoriasis y Familiares. [citado 29 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.accionpsoriasis.org/>

8. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los tratamientos tópicos.....	26
Tabla 2. Características de las terapias sistémicas convencionales disponibles	27
Tabla 3. Características de las terapias biológicas.....	28
Tabla 4. Propuesta de terapias combinadas	30
Tabla 5. Propuestas para un mejor abordaje ideal: diagnóstico	54
Tabla 6. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste	55
Tabla 7. Propuestas para el abordaje ideal: seguimiento de la psoriasis leve.....	56
Tabla 8. Seguimiento en psoriasis leve. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste.....	56
Tabla 9. Propuestas para el abordaje ideal: tratamiento de la psoriasis leve.....	57
Tabla 10. Tratamiento en psoriasis leve. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste.....	57
Tabla 11. Propuestas para el abordaje ideal: seguimiento de la psoriasis moderada	58
Tabla 12. Seguimiento en psoriasis moderada. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste.....	58
Tabla 13. Propuestas para el abordaje ideal: tratamiento de la psoriasis moderada	59
Tabla 14. Tratamiento en psoriasis moderada. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste.....	59
Tabla 15. Propuestas para el abordaje ideal: seguimiento de la psoriasis grave.....	60
Tabla 16. Seguimiento en psoriasis grave. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste.....	61
Tabla 17. Propuestas para el abordaje ideal: tratamiento de la psoriasis grave.....	62
Tabla 18. Tratamiento en psoriasis grave. Porcentaje de impacto asistencial de las acciones propuestas en cada uno de los ámbitos de la vida del paciente. Facilidad de implementación y coste.....	62
Tabla 19. Output 1. Creación de documento de consenso en diagnóstico	69
Tabla 20. Output 2. Implantación y uso de la tele dermatología diferida	69
Tabla 21. Output 1. Creación de documento de consenso en diagnóstico	70
Tabla 22. Output 2. Implantación y uso de la tele dermatología diferida	70
Tabla 23. Output 3. Suma de ambos outputs (1+2)	71
Tabla 24. Output 4. Reuniones interdisciplinarias en psoriasis leve	73
Tabla 25. Output 5. Consulta de enfermería: educación sanitaria	73
Tabla 26. Output 4 y 5. Reuniones interdisciplinarias en psoriasis leve y consulta de enfermería.....	74
Tabla 27. Output 6. Reuniones interdisciplinarias en psoriasis moderada	77
Tabla 28. Output 7 y 8. Visita inicial y pronta de seguimiento en psoriasis moderada	77
Tabla 29. Output 9. Sesiones de información y orientación sobre servicios disponibles.....	77

Tabla 30. Output 10. Atención psicológica para pacientes moderados con ámbito emocional afectado	78
Tabla 31. Output 11. Formación en nutrición y dietética para pacientes moderados con problemas endocrino-nutricionales	78
Tabla 32. Output 12 y 13. Implantación y uso de la fototerapia	78
Tabla 33. Unidades multidisciplinares de psoriasis en psoriasis moderada	79
Tabla 34. Output 15. Reuniones interdisciplinares en psoriasis grave.....	83
Tabla 35. Output 16 y 17. Visita inicial y pronta de seguimiento en psoriasis grave.....	83
Tabla 36. Output 18. Monográfico de enfermería especializada en psoriasis grave.....	83
Tabla 37. Output 19. Sesiones de información y orientación sobre servicios disponibles	83
Tabla 38. Output 21. Atención psicológica para pacientes graves con ámbito emocional afectado.....	83
Tabla 39. Output 22. Formación en nutrición y dietética para pacientes graves con problemas endocrino-nutricionales.....	83
Tabla 40. Output: Unidades multidisciplinares de psoriasis en psoriasis grave	85
Tabla 41. Análisis de sensibilidad en función del "proxy" financiero "Disposición a pagar".....	88
Tabla 42. Análisis de sensibilidad en función de las inversiones amortizables.	88
Tabla 43. Variación en la ratio SROI del análisis de sensibilidad multivariante.	88
Tabla 44. Sistema Nacional de Salud: inputs, outputs y outcomes.....	107
Tabla 45. Grupo de Trabajo de Psoriasis (1): inputs, outputs y outcomes.....	108
Tabla 46. Grupo de Trabajo de Psoriasis (2): inputs, outputs y outcomes.....	108
Tabla 47. Especialistas en medicina de atención primaria: inputs, outputs y outcomes.....	109
Tabla 48. Especialistas en enfermería en atención primaria: inputs, outputs y outcomes	109
Tabla 49. Equipo multidisciplinar (1): inputs, outputs y outcomes	109
Tabla 50. Equipo multidisciplinar (2): inputs, outputs y outcomes.....	110
Tabla 51. Especialistas en dermatología: inputs, outputs y outcomes	110
Tabla 52. Especialistas en enfermería hospitalaria: inputs, outputs y outcomes	110
Tabla 53. Especialistas en psicología: inputs, outputs y outcomes.....	111
Tabla 54. Especialistas en dietética: inputs, outputs y outcomes.....	111
Tabla 55. Pacientes con psoriasis leve: inputs, outputs y outcomes.....	112
Tabla 56. Pacientes con psoriasis moderada: inputs, outputs y outcomes.....	113
Tabla 57. Pacientes con psoriasis grave: inputs, outputs y outcomes.....	114
Tabla 58. Pacientes mal diagnosticados: inputs, outputs y outcomes.....	114
Tabla 59. Pacientes incidentes: inputs, outputs y outcomes.....	115
Tabla 60. Pacientes sin diagnosticar: inputs, outputs y outcomes.....	115
Tabla 61. Inputs del Sistema Nacional de Salud*.....	115
Tabla 62. Inputs del Grupo de Trabajo de Psoriasis (1)*.....	117
Tabla 63. Inputs del Grupo de Trabajo de Psoriasis (2)*.....	117
Tabla 64. Inputs de los especialistas en medicina de atención primaria*.....	117

Tabla 65. Inputs de los especialistas en enfermería en atención primaria*	118
Tabla 66. Inputs del equipo multidisciplinar (1)*	119
Tabla 67. Inputs del equipo multidisciplinar (2)*	120
Tabla 68. Inputs de los especialistas en dermatología*	121
Tabla 69. Inputs de los especialistas en enfermería hospitalaria*	121
Tabla 70. Inputs de los especialistas en psicología*	122
Tabla 71. Inputs de los especialistas en dietética*	123
Tabla 72. Inputs de los pacientes	123
Tabla 73. Outcomes para el Sistema Nacional de Salud	124
Tabla 74. Outcomes para Grupo de Trabajo de Psoriasis (1)	124
Tabla 75. Outcomes para Grupo de Trabajo de Psoriasis (2)	124
Tabla 76. Outcomes para los especialistas en medicina de atención primaria	125
Tabla 77. Outcomes para los especialistas en enfermería en atención primaria	125
Tabla 78. Outcomes para equipo multidisciplinar (1)	126
Tabla 79. Outcomes para Equipo Multidisciplinar (2)	126
Tabla 80. Outcomes para especialistas en dermatología	127
Tabla 81. Outcomes para especialistas en enfermería hospitalaria	127
Tabla 82. Outcomes para especialistas en psicología	128
Tabla 83. Outcomes para especialistas en dietética	128
Tabla 84. Outcomes para pacientes con psoriasis leve	129
Tabla 85. Outcomes para pacientes con psoriasis moderada	132
Tabla 86. Outcomes para pacientes con psoriasis grave	138
Tabla 87. Outcomes para pacientes mal diagnosticados	142
Tabla 88. Outcomes para pacientes incidentes	143
Tabla 89. Outcomes para pacientes sin diagnosticar	143

9. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de intervenciones sanitarias propuestas para un abordaje ideal de la psoriasis.....	41
Gráfico 2. Zonas afectadas según gravedad de la psoriasis.....	47
Gráfico 3. Afectación de la vida del paciente según gravedad de la psoriasis.....	48
Gráfico 4. Afectación del área emocional desde el diagnóstico	49
Gráfico 5. Ocio y cultura desde el diagnóstico	50
Gráfico 6. Influencia de la psoriasis en la decisión de no tener hijos	50
Gráfico 7. Influencia de psoriasis en decisión de ser autónomo	51
Gráfico 8. Influencia de psoriasis en situación de desempleo	51
Gráfico 9. Discriminación laboral debido a la psoriasis	52
Gráfico 10. Disposición a pagar por mejorar cada ámbito de la vida del paciente	53
Gráfico 11. Inversión realizada en diagnóstico según outputs.....	69
Gráfico 12. Retorno obtenido en diagnóstico según outputs.....	70
Gráfico 13. Inversión versus Retorno en diagnóstico. Ratio SROI.....	71
Gráfico 14. Inversión realizada en psoriasis leve según outputs.....	73
Gráfico 15. Inversión versus Retorno en psoriasis leve. Ratio SROI	74
Gráfico 16. Inversión realizada en psoriasis moderada según outputs	77
Gráfico 17. Retorno obtenido en psoriasis moderada según outputs	79
Gráfico 18. Inversión versus Retorno en psoriasis moderada. Ratio SROI.....	80
Gráfico 19. Inversión realizada en psoriasis grave según outputs	82
Gráfico 20. Retorno obtenido en psoriasis grave según outputs.....	84
Gráfico 21. Inversión versus Retorno en psoriasis grave. Ratio SROI.....	85
Gráfico 22. Inversión versus Retorno en abordaje ideal. Ratio SROI	86
Gráfico 23. Distribución de la inversión y del retorno según área de análisis	86
Gráfico 24. Distribución del retorno según subgrupo de pacientes.....	87

10. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Líneas de tratamiento para psoriasis leve, psoriasis moderada y psoriasis grave.....	29
Figura 2. Etapas del SROI.....	33
Figura 3. Métodos de trabajo: diagrama de las reuniones presenciales.....	40
Figura 4. Modelo del documento de trabajo	42
Figura 5. Stakeholders del abordaje ideal de la psoriasis.....	65
Figura 6. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: Diagnóstico.....	68
Figura 7. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: psoriasis leve	72
Figura 8. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: psoriasis moderada	75
Figura 9. Mapa de relaciones entre los inputs y los outcomes: psoriasis grave	81
Figura 10. Resumen de la ratio SROI total y por área de análisis.....	87

11. ANEXO I. SROI PSORIASIS IDEAL

Tipo de análisis: SROI de tipo prospectivo o de pronóstico

Descripción del proyecto: Retorno Social de la Inversión de un abordaje ideal de la psoriasis.

11.1 Ratio SROI

El retorno social de la inversión (SROI) es una ratio que da una visión del valor social que es creado por cada euro invertido. Una proporción de 5,04:1 indica que una inversión de 1€ crea un valor social de 5,04 €.

$$\text{SROI} = \frac{\text{Valor Actual (valor actual total del impacto)}}{\text{Valor de los inputs (o inversión total)}}$$

—

TOTAL INVERSIÓN
222.771.780,89 €

+

TOTAL RETORNO
1.123.111.850,37 €

$$\text{SROI} = \frac{1.123.111.850,37}{222.771.780,89} = 5,04$$

11.2 Mapa de Impacto

El mapa de impacto que se presenta a continuación aporta una visión general de toda la información recogida para este análisis SROI. En el apartado 12.3 se desglosa la valoración de los inputs y en el apartado 12.4 se detalla la monetización de los outcomes.

Tabla 44. Sistema Nacional de Salud: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Recursos para el diseño y distribución del tríptico informativo para pacientes con psoriasis recién diagnosticada.	1.2 Tríptico informativo para los pacientes.	El principal outcome es para el paciente.
Recursos para la implantación de la tele dermatología diferida.	2. Tele dermatología (implantación). Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.	2.1 Mejora de la comunicación y la relación entre atención primaria y secundaria, a través del sistema de tele dermatología, aunque el principal outcome es para el paciente.

Recursos para el uso de la teledermatología diferida.	2. Teledermatología (uso). Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.	2.1 Mejora de la comunicación y la relación entre atención primaria y secundaria, a través del sistema de teledermatología, aunque el principal outcome es para el paciente.
Recursos para la implantación de equipos de fototerapia en los hospitales.	12. Implantación del equipo de fototerapia.	El principal outcome es para los pacientes: universalización de acceso al tratamiento de fototerapia.
Recursos para el uso de equipos de fototerapia en los hospitales.	13. Sesiones de tratamiento de fototerapia.	El principal outcome es para los pacientes: universalización de acceso al tratamiento de fototerapia.
Recursos para el diseño y distribución de monográfico para enfermería especializada en psoriasis.	18. Monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave.	18.1 Mejora de la formación del personal de enfermería, a partir de monográfico especializado en psoriasis grave, aunque el principal outcome es para el paciente.

Tabla 45. Grupo de Trabajo de Psoriasis (1): inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo para elaborar un documento de consenso.	1. Documento de consenso.	1.1 Desarrollo profesional de la dermatología, aunque el principal outcome es para el paciente.

Tabla 46. Grupo de Trabajo de Psoriasis (2): inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo para elaborar un monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave.	18. Monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave.	18.1 Mejora de la formación del personal de enfermería, a partir de monográfico especializado en psoriasis grave, aunque el principal outcome es para el paciente.

Tabla 47. Especialistas en medicina de atención primaria: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo personal (autoformación). Área: diagnóstico.	1.1 Desarrollo e implementación de un set de diagnósticos clínicos y seguimiento en atención primaria, y mailing del documento de consenso por los cauces habituales entre clínicos.	1.2 Mejora de la formación de los especialistas de medicina de atención primaria, en diagnóstico y seguimiento de la psoriasis, aunque el principal outcome recaerá sobre el paciente.
Tiempo de trabajo (formación). Área: diagnóstico.	2. Tele dermatología. Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.	2.1 Mejora de la comunicación y la relación entre atención primaria y secundaria a través del sistema de tele dermatología, aunque el principal outcome es para el paciente.
Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis leve.	4. Reunión interdisciplinaria medicina-enfermería de atención primaria.	4.1 Colaboración entre medicina y enfermería de atención primaria para un mejor seguimiento de los pacientes, aunque el principal outcome será para el paciente.

Tabla 48. Especialistas en enfermería en atención primaria: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis leve.	4. Reunión multidisciplinaria medicina de atención primaria-enfermería.	4.2 Colaboración entre los especialistas de medicina y enfermería en atención primaria para un mejor seguimiento de los pacientes. El principal outcome es para el paciente.
Tiempo de trabajo (formación al paciente). Área: psoriasis leve.	5. Consulta de enfermería (educación sanitaria).	5.1 Mejora de la relación enfermería-paciente. El principal outcome es para el paciente leve (mejora de su adherencia).

Tabla 49. Equipo multidisciplinario (1): inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis moderada.	6. Unidades multidisciplinarias de psoriasis: reuniones de seguimiento individualizado e integral de pacientes moderados.	6.1 Desarrollo profesional, integración y coordinación de especialidades para un mejor abordaje del paciente. El principal outcome es para el paciente.
Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis grave.	15. Unidades multidisciplinarias de psoriasis: reuniones de seguimiento individualizado e integral de pacientes graves.	15.1 Desarrollo profesional, integración y coordinación de especialidades para un mejor abordaje del paciente. El principal outcome es para el paciente.

Tabla 50. Equipo multidisciplinar (2): inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo (visita inicial). Área: psoriasis moderada.	7. Visita inicial con el equipo multidisciplinar.	7.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis moderada. El principal outcome es para el paciente.
Tiempo de trabajo (visita pronta de seguimiento). Área: psoriasis moderada.	8. Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento.	8.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis moderada. El principal outcome es para el paciente.
Tiempo de trabajo (visita inicial). Área: psoriasis grave.	16. Visita inicial con el equipo multidisciplinar.	16.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis grave. El principal outcome es para el paciente.
Tiempo de trabajo (visita pronta de seguimiento). Área: psoriasis grave.	17. Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento.	17.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis grave. El principal outcome es para el paciente.

Tabla 51. Especialistas en dermatología: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo (formación). Área: diagnóstico.	2. Tele dermatología. Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.	2.1 Mejora de la relación entre atención primaria y secundaria, pero el principal outcome recaerá sobre el paciente.
Tiempo de trabajo (concienciación). Área: diagnóstico. Viene del input del Grupo de Trabajo de Psoriasis (1): documento de consenso.	1.3 Fomento de la participación del paciente en la toma de decisiones en lugar de una actitud paternalista.	1.4 Concienciación sobre el empoderamiento del paciente respecto a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.

Tabla 52. Especialistas en enfermería hospitalaria: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis moderada.	9. Sesiones de información y derivación al paciente a los servicios a los que tiene acceso (psicología y dietética).	El principal outcome es para el paciente: los pacientes están más informados sobre a quién acudir y por qué.
Tiempo de trabajo (formación especializada). Área: psoriasis grave.	18. Monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave.	18.2 Formación sobre un mejor abordaje del paciente con psoriasis grave, pero el principal outcome es para el paciente.

Tiempo de trabajo (formación farmacovigilancia). Área: psoriasis grave.	18. Monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave.	18.3 Enfermería pasará a formar parte activa de la fármaco-vigilancia. Tendrán conocimiento suficiente para detectar "los posibles" eventos adversos que aparecen en los pacientes para comunicarlo a farmacia/dermatología. El principal outcome es para el paciente.
Tiempo de trabajo (visita) Área: psoriasis grave.	19. Sesiones de información y derivación al paciente de los servicios a los que tiene acceso (psicología y dietética).	El principal outcome es para el paciente: los pacientes están más informados sobre a quién acudir y por qué.

Tabla 53. Especialistas en psicología: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis moderada.	10. Atención psicológica para los pacientes con psoriasis moderada que tengan el ámbito emocional afectado.	El principal outcome es para el paciente: mejora del ámbito emocional del paciente.
Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis grave.	21. Atención psicológica para los pacientes con psoriasis grave que tengan el ámbito emocional afectado.	El principal outcome es para el paciente: mejora del ámbito emocional del paciente.

Tabla 54. Especialistas en dietética: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis moderada.	11. Formación en nutrición y dietética para los pacientes con psoriasis moderada con problemas endocrino-metabólicos.	El principal outcome es para el paciente: mejora del ámbito autocuidado del paciente.
Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis grave.	22. Formación en nutrición y dietética para los pacientes con psoriasis grave con problemas endocrino-metabólicos.	El principal outcome es para el paciente: mejora del ámbito autocuidado del paciente.

Tabla 55. Pacientes con psoriasis leve: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
<p>Tiempo personal. Áreas: diagnóstico y psoriasis leve.</p>	<p>2. Teledermatología. Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.</p>	<p>2.2 Disminución del número de visitas a atención secundaria en función de los resultados de la teledermatología diferida.</p>
		<p>2.3 Derivación de los pacientes a atención secundaria cuando con la teledermatología se estima necesario.</p>
	<p>3. (1 + 2) Documento de consenso. Teledermatología. Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.</p>	<p>3.1 Ahorro en una visita al especialista en dermatología, cuando no es necesario derivarlo a atención secundaria.</p>
	<p>5. Consulta de enfermería: educación sanitaria (2/año).</p>	<p>5.2 Mayor adherencia de los pacientes, que implicará una mejora del autocuidado.</p>
		<p>5.3 Mayor adherencia de los pacientes, que supondrá menor número de brotes y una evolución más tardía de la gravedad de la enfermedad.</p>
		<p>5.4 Los pacientes aceptarán mejor su enfermedad, por lo que mejorarán su estado emocional.</p>
		<p>5.5 Menor número de brotes, al estar mejor emocionalmente.</p>
		<p>5.6 Los pacientes recibirán información de redes sociales asociadas a la enfermedad, por lo que mejorarán sus relaciones sociales.</p>

Tabla 56. Pacientes con psoriasis moderada: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo personal. Área: psoriasis moderada.	8. Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento.	8.2 Al realizarse una valoración de la evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades, supone una disminución de las visitas no programadas a atención primaria.
		8.3 Cambio de tratamiento del fármaco sistémico al tratamiento biológico por falta de eficacia o efectos adversos.
	10. Atención psicológica para los pacientes que tengan el ámbito emocional afectado.	10.1 Mejora del ámbito emocional del paciente.
		10.2 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito del ocio del paciente.
		10.3 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito de la sexualidad del paciente.
	11. Formación en nutrición y dietética para los pacientes con problemas endocrino-metabólicos.	11.1 Mejora del ámbito del autocuidado del paciente.
	1.3 Fomento de la participación del paciente en la toma de decisiones en lugar de una actitud paternalista.	1.5 Empoderamiento del paciente respecto a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.
14. (12 + 13) Implantación del equipo de fototerapia + Sesiones de tratamiento.	14.1 Universalización de acceso al tratamiento de fototerapia.	
Tiempo de trabajo. Área: psoriasis moderada.	OUTPUT GLOBAL. Engloba el conjunto de outputs contemplados anteriormente.	OUTCOME GLOBAL 1. Mejora de la productividad laboral del paciente.
		OUTCOME GLOBAL 2. Disminución de la productividad laboral del paciente.

Tabla 57. Pacientes con psoriasis grave: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo personal. Área: psoriasis grave.	17. Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento.	17.2 Al realizarse una valoración de la evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades, supone una disminución de las visitas no programadas a atención primaria.
	20. (17 + 19) Visita pronta y multidisciplinar de seguimiento + Sesiones de información y derivación al paciente a otros servicios.	20.1 Mayor adherencia de los pacientes, que implica una mejora del autocuidado.
	21. Atención psicológica para los pacientes que tengan el ámbito emocional afectado.	21.1 Mejora del ámbito emocional del paciente.
		21.2 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito del ocio del paciente.
		21.3 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito de la sexualidad del paciente.
22. Formación en nutrición y dietética para los pacientes con problemas endocrino-metabólicos.	22.1 Mejora del ámbito autocuidado del paciente.	
Tiempo de trabajo. Área: psoriasis grave.	OUTPUT GLOBAL. Engloba el conjunto de outputs contemplados anteriormente.	OUTCOME GLOBAL 1. Mejora de la productividad laboral del paciente.
		OUTCOME GLOBAL 2. Disminución de la productividad laboral del paciente.

Tabla 58. Pacientes mal diagnosticados: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo personal. Área: diagnóstico.	3. (1 + 2) Documento de consenso. Teledermatología. Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.	3.2 Los pacientes obtendrán un diagnóstico correcto para su problema de salud.
		3.3 Mejora del bienestar general al estar bien diagnosticados y controlar mejor su enfermedad.

Tabla 59. Pacientes incidentes: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo personal. Área: diagnóstico.	1.2 Tríptico informativo para los pacientes.	1.3 Los pacientes reciben información específica sobre su enfermedad.

Tabla 60. Pacientes sin diagnosticar: inputs, outputs y outcomes

Input	Output	Outcome
Tiempo personal. Área: diagnóstico.	3. (1 + 2) Documento de consenso. Teledermatología. Sistema de comunicación entre dermatología y medicina de atención primaria.	3.4 Mejora del bienestar general al estar bien diagnosticados y controlar mejor su problema de salud. Sin embargo, no se dispone de la información necesaria suficiente para estimar en qué medida se producirían nuevos diagnósticos, por lo que no es posible calcular los outcomes en términos monetarios.

11.3 Inputs

Los inputs se desglosan en las siguientes tablas en función de cada stakeholder^e.

Tabla 61. Inputs del Sistema Nacional de Salud*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
1.048.911,80 € Recursos para el diseño y distribución de tríptico informativo para pacientes con psoriasis recién diagnosticados	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de trípticos (2.000 €)** - Impresión de 600.000 trípticos (900.000 €)** - Envío de 600.000 trípticos (77.322 €)** - Reparto de los trípticos dentro de los centros de atención primaria: salario de 1 hora del celador que distribuirá los trípticos internamente, multiplicado por el número total de centros de atención primaria y consultorios locales en España (69.589,80 €)^{73,74}
807.560,45 € Recursos para la implantación de la teledermatología diferida	<ul style="list-style-type: none"> - Coste de la implantación de la teledermatología en todo el SNS, que incluye la formación a los especialistas, el equipo fotográfico y el software (4.927.375,42 €)^{75,76}. - Descontar el 26% de los hospitales que ya tienen implantada la teledermatología, dado que ellos no incurrirán al coste⁷⁷. - Se utiliza la parte correspondiente al primer año, teniendo en cuenta que la media de los años de amortización es de 4,52 años^{68,69}. (Véase apartado 4.3)

^e Todos los valores indicados en el informe se muestran redondeados a dos decimales, aunque el cálculo real del valor tiene en cuenta todos los decimales existentes

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>21.089.413,65 € Recursos para el uso de la teledermatología diferida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El coste del uso de la teledermatología (88,74 €) multiplicado por el número de pacientes leves (764.671)^{9,75,76}. - Este coste es aplicable solo en los hospitales sin teledermatología (74%)⁷⁷ ponderado por el uso de ésta (42%)⁷⁸.
<p>580.996,82 € Implantación de equipos de fototerapia en los hospitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coste de la implantación de la fototerapia en todos los hospitales del SNS (11.971.088,38 €)^{79,80}. - Es necesario ajustar por el 36,4% de hospitales que aún no tienen unidad de fototerapia dado que en el resto esta inversión no es necesaria⁷². - Se utiliza la parte correspondiente al primer año, teniendo en cuenta que la media de los años de amortización de los equipos de fototerapia es de 7,5 años^{68,69}. (Véase apartado 4.3)
<p>5.393.274,04 € Recursos para el uso de equipos de fototerapia en los hospitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El coste del uso de la fototerapia en los hospitales que aún no la utilizan (36,4%) se calcula a partir del coste del uso por paciente (350,04 €) multiplicado por los pacientes con psoriasis moderada que deberían recibir fototerapia (42.347)^{72,76,81}.
<p>10.296,70 € Recursos para el diseño y distribución de monográfico para enfermería especializada en psoriasis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño del monográfico: 4.000 €** - Impresión de 453 unidades: 1.132,50 €** - Envío de 453 ejemplares: 2.718 €** - Reparto del monográfico dentro del hospital: salario de 1 hora de trabajo del celador, que distribuirá el documento internamente al sitio correspondiente, informando a los especialistas de su disponibilidad (5,40 €)⁷³, multiplicado por el número de hospitales del SNS (453)⁸⁰.

* Todos los inputs del Sistema Nacional de Salud son financieros.

** Los costes del diseño, la impresión y el envío se calculan a través de presupuestos reales de proveedores que se dedican a realizar estos servicios.

Tabla 62. Inputs del Grupo de Trabajo de Psoriasis (1)*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>80.947,99 €</p> <p>Tiempo de trabajo para elaborar un documento de consenso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Salario mensual de cinco dermatólogos y el coste de que acudan a cuatro reuniones de trabajo (incluye el salario de un día más los gastos de desplazamiento)⁸²: 25.760,32 €** - Salario mensual de cinco médicos de atención primaria y el coste de que acudan a cuatro reuniones de trabajo (incluye salario de un día más los gastos de desplazamiento)⁸³: 30.704,28 €** - Salario diario de veinte dermatólogos y los gastos de desplazamiento a una reunión⁸²: 8.324,74 €** - Salario diario de veinte médicos de atención primaria y los gastos de desplazamiento a una reunión⁸³: 8.906,39 €** - Para la revisión final del documento se incurre en otro coste por parte de los dermatólogos y médicos de atención primaria que van a realizar dicha revisión, calculada a partir del tiempo de trabajo dedicado a ello^{82,83}: 7.192,80 € - Salario de un día de trabajo de personal administrativo para realizar el mailing del documento de consenso⁷³: 59,46 €

* El input es financiero.

** Los gastos de desplazamiento están estimados en función de presupuestos propios reales.

Tabla 63. Inputs del Grupo de Trabajo de Psoriasis (2)*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>28.274,43 €</p> <p>Tiempo de trabajo para elaborar un monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Salario mensual de cinco dermatólogos⁸²: 17.435,58 € - Salario mensual de cinco especialistas de enfermería⁸⁴: 10.779,40 € - Salario de un día de personal administrativo, para el envío de los monográficos a todos los hospitales del SNS⁷³: 59,46 €

*Este input es financiero.

Tabla 64. Inputs de los especialistas en medicina de atención primaria*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>0,00 €</p> <p>Tiempo personal (autoformación). Área: diagnóstico.</p>	<p>Los médicos de atención primaria dedican parte de su tiempo personal para revisar información adicional relacionada con la psoriasis, como el documento de consenso. Es un input no financiero, dado que no se puede valorar económicamente.</p>

<p>343.775,91 € Tiempo de trabajo (formación). Área: diagnóstico.</p>	<p>Se refiere a la formación en teledermatología dirigida a los médicos de atención primaria. Para valorar el input hay que tener en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de médicos de atención primaria del SNS⁸⁰: 28.176 - Salario/hora del médico de atención primaria⁸⁵: 18,16 € - Tiempo para la formación del médico de atención primaria⁸⁵: 0,58 horas - Salario/hora de un técnico informático que enseñe el software⁷³: 10,10 € - Aplicar solo al 74% de los centros dado que son los que aún no utilizan teledermatología⁷⁷. - El cálculo se realiza multiplicando la suma del salario del médico de atención primaria más el del técnico informático por el tiempo dedicado a la formación y todo esto por el número de médicos de atención primaria, ajustando el resultado final por el 74%.
<p>3.803.805,17 € Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis leve.</p>	<p>Se han considerado sesiones de dos horas, cuatro veces al año, entre los médicos de atención primaria y los especialistas en enfermería de atención primaria. El valor de la inversión del tiempo de trabajo para estas reuniones es la multiplicación de estos tres importes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de médicos de atención primaria del SNS⁸⁰: 28.176 - Salario medio hora por 8 horas al año⁸³: 145,32 € - Porcentaje de centros de salud donde no está implantada esta actividad que mejora la relación entre médico de atención primaria y enfermería⁸⁶: 92,9%

* El input "tiempo personal (autoformación)" es un input no financiero, mientras que el "tiempo de trabajo (formación y reuniones)" es financiero.

Tabla 65. Inputs de los especialistas en enfermería en atención primaria*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>1.956.213,11 € Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis leve.</p>	<p>Se han considerado sesiones de dos horas, cuatro veces al año, entre los médicos de atención primaria y los especialistas de enfermería. El valor de la inversión del tiempo de trabajo para estas reuniones es la multiplicación de estos tres importes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de especialistas de enfermería del SNS⁸⁰: 29.302 - Salario medio hora por 8 horas al año⁸⁴: 71,86 € - Porcentaje de centros de salud donde no está implantada esta actividad que mejora la relación entre médico de atención primaria y enfermería⁸⁶: 92,9%

<p>35.232.585,57 € Tiempo de trabajo (formación al paciente). Área: psoriasis leve.</p>	<p>Se estima el tiempo de trabajo a través de las consultas a expertos en dos visitas sucesivas de los pacientes a enfermería multiplicando los siguientes valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste de dos visitas sucesivas⁸⁷: 49,60 € - Número de pacientes leves^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de centros de salud donde no está implantada esta actividad⁸⁶: 92,9%
--	---

*Todos los inputs son financieros

Tabla 66. Inputs del equipo multidisciplinar (1)*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>1.161.339,63 € Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis moderada.</p>	<p>Dedicarían una jornada laboral, una vez al mes (descontando un mes en el que estarían de vacaciones). Hay que tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de hospitales del SNS⁸⁰: 453 - 45,5% de hospitales en los que no se realiza aún⁷² - El salario de 88 horas al año de los profesionales que forman este equipo multidisciplinar⁸²⁻⁸⁴: 5.634,43 €
<p>580.669,82 € Tiempo de trabajo (reuniones). Área: psoriasis grave.</p>	<p>Siguiendo el mismo procedimiento que el anterior input, en este caso se considera que los miembros del equipo dedican media jornada laboral al mes (descontando un mes en el que estarían de vacaciones), dado que el número de pacientes con psoriasis grave es menor que el de psoriasis moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El salario de 44 horas al año de los profesionales que forman el equipo multidisciplinar⁸²⁻⁸⁴: 2.817,21 €

*Todos los inputs son financieros

Tabla 67. Inputs del equipo multidisciplinar (2)*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>15.974.824,30 € Tiempo de trabajo (visita inicial). Área: psoriasis moderada.</p>	<p>Se utiliza el coste de la visita⁸⁷ para atender a los pacientes con psoriasis moderada^{9,76} (227.673). Para dar valor a este input hay que tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La visita a dermatología y enfermería se seguiría realizando, por lo que este coste no se imputa como una inversión nueva. - Visita a psicología: 145,25 € - Visita a farmacia hospitalaria: 151,10 € - A la hora de aplicar el coste de la visita a farmacia hospitalaria se tiene en cuenta solo el porcentaje de pacientes que reciben tratamientos biológicos⁷⁶: 5,9% - Porcentaje de hospitales en los que aún no se realiza esta forma de consulta⁷²: 45,5%
<p>20.446.395,24 € Tiempo de trabajo (visita pronta de seguimiento). Área: psoriasis moderada.</p>	<p>Se utiliza el coste de la visita sucesiva con los distintos especialistas⁸⁷, dado que es una visita pronta de seguimiento, para atender a los pacientes con psoriasis moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita a dermatología: 84,44 € - Visita a enfermería: 24,80 € - Visita a psicología: 83,13 € - Visita a farmacia hospitalaria: 84,44 € - A la hora de aplicar el coste de la visita a farmacia hospitalaria se tiene en cuenta solo el porcentaje de pacientes que reciben tratamientos biológicos⁷⁶: 5,9% - Porcentaje de hospitales en los que aún no se realiza esta forma de consulta⁷²: 45,5%
<p>10.121.629,26 € Tiempo de trabajo (visita inicial). Área: psoriasis grave.</p>	<p>El desglose de este input es el mismo que en el caso de psoriasis moderada, con la variación de los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes que reciben tratamiento biológico⁷⁶: 87,9%
<p>9.704.743,44 € Tiempo de trabajo (visita pronta de seguimiento). Área: psoriasis grave.</p>	<p>El desglose de este input es el mismo que en el caso de la visita pronta de seguimiento en psoriasis moderada, con la variación de los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes que reciben tratamiento biológico⁷⁶: 87,9%

* Todos los inputs son financieros

Tabla 68. Inputs de los especialistas en dermatología*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>7.235,7 €</p> <p>Tiempo de trabajo (formación). Área: diagnóstico.</p>	<p>Se refiere a la formación en teledermatología dirigida a los médicos de atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de dermatólogos del SNS⁸⁰: 1.191 - Salario/hora del dermatólogo⁸²: 14,5 € - Tiempo dedicado para la formación del dermatólogo⁸⁵: 0,33 horas - Salario/hora de un técnico informático que enseñe el software⁷³: 10,10 € - Aplicar solo al 74% de los centros dado que son los que aún no utilizan teledermatología⁷⁷. <p>El cálculo se realiza multiplicando la suma del salario del dermatólogo más el del técnico informático, multiplicado por el tiempo dedicado a la formación y por el número de dermatólogos, ajustando el resultado final por el 74%.</p>
<p>0,00 €</p> <p>Tiempo de trabajo (concienciación). Área: diagnóstico.</p>	<p>El dermatólogo abandona la actitud "paternalista" hacia el paciente, para la toma de decisiones conjunta (especialista-paciente) para que el paciente se responsabilice de su salud.</p> <p>Viene del input del Grupo de Trabajo de Psoriasis (1): tiempo de trabajo (documento de consenso), por lo que el coste ya está contemplado.</p>

* El input tiempo de trabajo (formación) es financiero.

Tabla 69. Inputs de los especialistas en enfermería hospitalaria*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>2.568.904,87 €</p> <p>Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis moderada.</p>	<p>Se trata de una visita adicional a enfermería hospitalaria para informar y derivar a los pacientes con psoriasis moderada a los servicios a los que tiene acceso (psicología y dietética). Se estima una visita al año (aparte de la visita inicial y de la pronta).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste de visita sucesiva a enfermería hospitalaria⁸⁷: 24,80 € - Número de pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de hospitales del SNS que aún no tienen implantadas unidades multidisciplinarias⁷²: 45,5%

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>150.316,77 €</p> <p>Tiempo de trabajo (formación especializada). Área: psoriasis grave.</p>	<p>Tiempo de trabajo que dedican estos profesionales para formarse, a través de un monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave, junto al apoyo de un dermatólogo. Se considera una media de tres enfermeras, su salario de una jornada de trabajo, más el salario de una jornada de trabajo de un dermatólogo, y multiplicado por el número de hospitales del SNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salario medio de enfermería⁸⁴: 71,86 € - Salario medio dermatólogo⁸²: 116,24 € - Número de hospitales del SNS⁸⁰: 453
<p>0,00 €</p> <p>Tiempo de trabajo (formación farmacovigilancia). Área: psoriasis grave.</p>	<p>Es una actividad que ya se realiza en los hospitales del SNS por parte de los especialistas de enfermería, por lo que no se aplica ningún importe al input.</p>
<p>902.846,89 €</p> <p>Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis grave.</p>	<p>El tiempo de trabajo que dedican los especialistas en enfermería hospitalaria en informar y derivar el paciente con psoriasis grave a los servicios a los que tiene acceso (psicología y dietética). Se estima una visita al año (aparte de la visita inicial y de la pronta).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste de visita sucesiva a enfermería hospitalaria⁸⁷: 24,80 € - Número de pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de hospitales del SNS que aún no tienen implantadas unidades multidisciplinarias⁷²: 45,5%

*Todos los inputs son financieros

Tabla 70. Inputs de los especialistas en psicología*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>57.292.844,41 €</p> <p>Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis moderada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con psoriasis moderada que tienen el ámbito emocional afectado son 167.11^{39,76}, es decir, el 73,9% del total⁸⁸. - Se estiman nueve visitas sucesivas al especialista en psicología, siendo el coste total de 748,16 €⁸⁷. - Porcentaje de hospitales del SNS que no tienen unidad monográfica⁷²: 45,5%.
<p>20.135.687,89 €</p> <p>Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con psoriasis grave que tienen el ámbito emocional afectado son 59.1329,76, es decir, el 73,9% del total⁸⁸. - Se estiman nueve visitas sucesivas al especialista en psicología, siendo el coste total de 748,16 €⁸⁷. - Porcentaje de hospitales del SNS que no tienen unidad monográfica⁷²: 45,5%.

*Todos los inputs son financieros

Tabla 71. Inputs de los especialistas en dietética*

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>9.876.996,35 €</p> <p>Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis moderada.</p>	<p>- Los pacientes con psoriasis moderada que tienen problemas endocrino-metabólicos son 143.6629,76, es decir, el 63,1% del total⁸⁹.</p> <p>- Se estima una visita al año⁸⁷: 151,10 €</p> <p>- Porcentaje de hospitales del SNS que no tienen unidad monográfica⁷²: 45,5%.</p>
<p>3.471.290,66 €</p> <p>Tiempo de trabajo (visita). Área: psoriasis grave.</p>	<p>El cálculo sigue el mismo procedimiento que el input para psoriasis moderada, con la variación del dato de número de pacientes con problemas endocrino-metabólicos que son 50.4919,76,89.</p>

*Todos los inputs son financieros

Tabla 72. Inputs de los pacientes

Input (cantidad y descripción)	Desglose
<p>0,00 €</p> <p>Tiempo personal.</p>	<p>El input del grupo de pacientes (psoriasis leve, psoriasis moderada, psoriasis grave, mal diagnosticados, incidentes y sin diagnosticar) es, por un lado, el tiempo personal que dedican para acudir a las visitas correspondientes o para informarse sobre su enfermedad. Se procede a estimar como 0,00 €, ya que no existe un coste de oportunidad para esta inversión no financiera.</p>
<p>0,00 €</p> <p>Tiempo de trabajo.</p>	<p>Por otro lado, hay que tener en cuenta el tiempo de trabajo, es decir, la asistencia a visitas en horario laboral (para los trabajadores). Esta inversión se considera 0,00 €, dado que al paciente no le supone ningún desembolso económico. No obstante, el retorno sí tiene en cuenta la pérdida de productividad laboral generada.</p>

*Todos los inputs son no financieros.

11.4 Outcomes, indicadores, apropiación del impacto y valoración

Los outcomes y su monetización se desglosan en las siguientes tablas en función de cada stakeholder^f.

Tabla 73. Outcomes para el Sistema Nacional de Salud

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
2.1 Mejora de la comunicación y la relación entre clínicos, a través del sistema de teledermatología.	Los principales outcomes para este stakeholder son para el paciente, por lo que el retorno social esperado se contempla en las tablas relativas a pacientes.		
18.1 Mejora de la formación del personal de enfermería, a partir de monográfico especializado en psoriasis grave.			

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- La mejora de la comunicación y la relación entre los especialistas en dermatología y de medicina de atención primaria a través del sistema de teledermatología, que revertirá directamente en el seguimiento y tratamiento del paciente (output 2).
- La mejora de la formación del personal de enfermería hospitalaria, mediante la creación de un monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave, resultará en una mejor atención del paciente en consulta (output 18).

Tabla 74. Outcomes para Grupo de Trabajo de Psoriasis (1)

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
1.1 Desarrollo profesional de la dermatología.	Los principales outcomes para este stakeholder son para el paciente, por lo que el retorno social esperado se contempla en las tablas relativas a pacientes.		

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva del siguiente aspecto:

- La elaboración del documento de consenso para un mejor seguimiento y tratamiento de pacientes con psoriasis supondrá una reflexión para mejorar profesionalmente el área de la dermatología, que repercutirá directamente en la atención a los pacientes (output 1).

Tabla 75. Outcomes para Grupo de Trabajo de Psoriasis (2)

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
18.1 Mejora de la formación de los especialistas de enfermería hospitalaria, a partir de monográfico especializado en psoriasis grave.	Los principales outcomes para este stakeholder son para el paciente, por lo que el retorno social esperado se contempla en las tablas relativas a pacientes.		

^f Todos los valores indicados en el informe se muestran redondeados a dos decimales, aunque el cálculo real del valor tiene en cuenta todos los decimales existentes.

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva del siguiente aspecto:

- a) La elaboración interdisciplinaria (dermatología-enfermería hospitalaria) del monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave supondrá una herramienta de formación y consulta para los especialistas en enfermería hospitalaria, que repercutirá directamente en la atención a los pacientes graves (output 18).

Tabla 76. Outcomes para los especialistas en medicina de atención primaria

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
1.2 Mejora de la formación de los especialistas en medicina de atención primaria, en diagnóstico y seguimiento de la psoriasis.	Los principales outcomes para este stakeholder son para el paciente, por lo que el retorno social esperado se contempla en las tablas relativas a pacientes.		
2.1 Mejora de la comunicación y relación entre atención primaria y secundaria, a través del sistema de teledermatología.			
4.1 Colaboración entre medicina y enfermería de atención primaria para un mejor seguimiento de los pacientes.			

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- a) A partir del documento consensuado por los especialistas en psoriasis, se mejorará la formación de los especialistas en medicina de atención primaria, en aspectos relativos al seguimiento y tratamiento de los pacientes con psoriasis, lo que supondrá una mejor atención de los pacientes en consulta (output 1.1).
- b) La mejora de la comunicación y la relación entre los especialistas en dermatología y de medicina de atención primaria a través del sistema de teledermatología, que revertirá directamente en el seguimiento y tratamiento del paciente (output 2).
- c) El establecimiento de reuniones periódicas interdisciplinarias entre medicina y enfermería de atención primaria, supondrá una mejor colaboración para el seguimiento y tratamiento de los pacientes con psoriasis (output 4).

Tabla 77. Outcomes para los especialistas en enfermería en atención primaria

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
4.2 Colaboración entre los especialistas de medicina y enfermería de atención primaria para un mejor seguimiento de los pacientes.	El principal outcome será para los pacientes, por lo que el retorno social esperado se indica en las tablas relativas a pacientes.		
5.1 Mejora de la relación enfermería-paciente.			

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- a) El establecimiento de reuniones periódicas interdisciplinarias entre medicina y enfermería de atención primaria, supondrá una mejor formación para la enfermería en relación al conocimiento de la enfermedad, que repercutirá en una mejor atención de los pacientes con psoriasis (output 4).
- b) El establecimiento de consultas periódicas entre enfermería y paciente mejorará la relación entre ambos, creando un ambiente de confianza, desembocando probablemente en una mejor adherencia por parte del paciente (output 5).

Tabla 78. Outcomes para equipo multidisciplinar (1)

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
6.1 Desarrollo profesional, integración y coordinación de especialidades para un mejor abordaje del paciente moderado.	El principal outcome será para los pacientes, por lo que el retorno social esperado se indica en las tablas relativas a pacientes.		
15.1 Desarrollo profesional, integración y coordinación de especialidades para un mejor abordaje del paciente grave.			

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- a. El establecimiento de reuniones de seguimiento individualizado e integral de los pacientes moderados, de forma periódica e interdisciplinar entre medicina y enfermería de atención primaria, dermatología, enfermería hospitalaria, psicología y farmacia hospitalaria, supondrá el desarrollo profesional, la integración y la coordinación de las distintas especialidades, para un mejor abordaje del paciente moderado (output 6).
- b. El establecimiento de reuniones de seguimiento individualizado e integral de los pacientes graves, de forma periódica e interdisciplinar entre medicina y enfermería de atención primaria, dermatología, enfermería hospitalaria, psicología y farmacia, supondrá el desarrollo profesional, la integración y la coordinación de las distintas especialidades, para un mejor abordaje del paciente grave (output 15).

Tabla 79. Outcomes para Equipo Multidisciplinar (2)

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
7.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis moderada.	El principal outcome será para los pacientes, por lo que el retorno social esperado se indica en las tablas relativas a pacientes.		
8.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis moderada.			
16.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis grave.			
17.1 Manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis grave.			

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- a. El establecimiento de una visita inicial del paciente con el equipo multidisciplinar (1) supondrá un manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis moderada (output 7).

- b. El establecimiento de una visita pronta de seguimiento del paciente con el equipo multidisciplinar (1) supondrá un manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis moderada (output 8).
- c. El establecimiento de una visita inicial del paciente con el equipo multidisciplinar (1) supondrá un manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis grave (output 16).
- d. El establecimiento de una visita pronta de seguimiento del paciente con el equipo multidisciplinar (1) supondrá un manejo óptimo e integral de los pacientes con psoriasis grave (output 17).

Tabla 80. Outcomes para especialistas en dermatología

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
2.1 Mejora de la comunicación y relación entre atención primaria y secundaria, a través del sistema de teledermatología.	El principal outcome será para los pacientes, por lo que el retorno social esperado se indica en las tablas relativas a pacientes.		
1.4 Concienciación sobre el empoderamiento del paciente respecto a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.			

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- a. La mejora de la comunicación y la relación entre los especialistas en dermatología y de Medicina de Atención Primaria a través del sistema de teledermatología, revertirá directamente en el seguimiento y tratamiento del paciente (output 2).
- b. El documento de consenso incluirá un aspecto transversal relativo al fomento de la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad, en lugar de la tradicional actitud paternalista. La concienciación sobre este aspecto influirá directamente en el seguimiento y tratamiento del paciente (output 1.3).

Tabla 81. Outcomes para especialistas en enfermería hospitalaria

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
18.2 Formación sobre un mejor abordaje del paciente con psoriasis grave, aunque el principal outcome es para los pacientes.	El principal outcome será para los pacientes, por lo que el retorno social esperado se indica en las tablas relativas a pacientes.		
18.3 Enfermería pasará a formar parte activa de la farmacovigilancia. Tendrán conocimiento suficiente para detectar "los posibles" eventos adversos que aparecen en los pacientes para comunicarlo a farmacia/dermatología.			

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- a. La elaboración interdisciplinar (dermatología-enfermería hospitalaria) del monográfico para enfermería

especializada en psoriasis grave supondrá una herramienta de formación y consulta para los especialistas en enfermería hospitalaria, que repercutirá directamente en la atención a los pacientes graves (output 18).

- b. La elaboración interdisciplinar (dermatología-enfermería hospitalaria) del monográfico para enfermería especializada en psoriasis grave supondrá la integración activa de enfermería en el seguimiento de la farmacovigilancia, para detectar posibles acontecimientos adversos en los pacientes graves, con el fin de comunicarlo a farmacia/dermatología y proceder de la forma más adecuada (output 18).

Tabla 82. Outcomes para especialistas en psicología

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
El principal outcome es para los pacientes.	Los principales outcomes para este stakeholder son para el paciente, por lo que el retorno social esperado se contempla en las tablas relativas a pacientes.		

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva del siguiente aspecto:

- a. La atención psicológica que proporcionen estos especialistas mejorará principalmente el ámbito emocional del paciente moderado, y otros ámbitos en consecuencia (output 10).
- b. La atención psicológica que proporcionen estos especialistas mejorará principalmente el ámbito emocional del paciente grave, y otros ámbitos en consecuencia (output 21).

Tabla 83. Outcomes para especialistas en dietética

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
El principal outcome es para los pacientes.	Los principales outcomes para este stakeholder son para el paciente, por lo que el retorno social esperado se contempla en las tablas relativas a pacientes.		

Los principales outcomes serán para los pacientes, cuyo retorno se deriva de los siguientes aspectos:

- a. La formación en nutrición y dietética que proporcionen estos especialistas mejorará principalmente el ámbito del autocuidado del paciente moderado (output 10).
- b. La formación en nutrición y dietética que proporcionen estos especialistas mejorará principalmente el ámbito del autocuidado del paciente moderado (output 22).

Tabla 84. Outcomes para pacientes con psoriasis leve

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
2.2 Disminución del número de visitas a dermatología en función de los resultados de la tele dermatología diferida.	% pacientes donde no es necesario derivar a dermatología	74%	5.928.641,45 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis leve^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de ocasiones en que se usa la tele dermatología⁷⁸: 42% - Porcentaje pacientes que, tras usar la tele dermatología, no es necesario derivar a dermatología⁷⁸: 40% - Valor del "proxy". Diferencia entre el coste de visita primera a dermatología menos el coste tele dermatología^{75,87}: 62,36 € - Apropiación del impacto: 74%. Se descuenta: - Peso muerto: porcentaje de hospitales con tele dermatología implantada⁷⁷: 26% 		
2.3 Derivación de los pacientes a atención secundaria cuando con la tele dermatología se estima necesario.	% pacientes donde es necesario derivar a dermatología	74%	-3.148.108,19 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis leve^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de ocasiones en que se usa la tele dermatología⁷⁸: 42% - Porcentaje pacientes que, tras usar la tele dermatología, es necesario derivar a dermatología⁷⁸: 60% Valor del "proxy". Suma del coste de uso de tele dermatología más visita sucesiva a dermatología^{75,87}: -22,08 € - Apropiación del impacto: 74%. Se descuenta: - Peso muerto: porcentaje de hospitales con tele dermatología implantada⁷⁷: 26%. 		
3.1 Ahorro en una visita al especialista dermatólogo, cuando con la tele dermatología no se estima necesario derivarlo a atención secundaria.	% pacientes que llegan a dermatología siendo leves y que no deberían llegar	100%	2.305.933,76 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes que llegan a dermatología siendo leves y que no deberían llegar⁹⁰: 16,24% - Valor del "proxy". Diferencia entre el coste de visita primera a dermatología menos el coste tele dermatología^{75,87}: 62,36 € - Apropiación del impacto: 100% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
5.2 Mayor adherencia de los pacientes, que implicará una mejora del autocuidado.	% pacientes que mejoran su autocuidado	93%	32.624.038,15 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis leve^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de pacientes con el ámbito del autocuidado afectado⁸⁸: 8,5% - Impacto del output 5 sobre el autocuidado de los pacientes⁸⁶: 89,3% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar su autocuidado⁸⁸: 602,27 € - Apropiación del impacto: 93%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de centros donde ya se realiza el output 5⁸⁶: 7,1% 		
5.3 Mayor adherencia de los pacientes, que supondrá menos brotes y una evolución más tardía de la gravedad.	% pacientes que frenarían la progresión de la enfermedad	46%	219.211.295,78 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis leve^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de pacientes que frenarían la progresión de la enfermedad si tuvieran adherencia⁸⁶: 30% - Impacto medio del output 5 sobre los pacientes⁸⁶: 75,7% - Valor del "proxy". Coste directo sanitario de tratar a un paciente moderado menos coste directo sanitario de tratar a un paciente leve⁷⁶: 2.718,85 € Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de centros donde ya se realiza el output 5⁸⁶: 7,1% - Atribución: desde una perspectiva conservadora, se considera que el 50% del retorno podría deberse a otras causas ajenas al output 5 		
5.4 Los pacientes aceptarán mejor su enfermedad, por lo que mejorarán su estado emocional.	% pacientes que mejorarían su estado emocional	93%	253.535.700,76 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis leve^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de pacientes con el ámbito emocional afectado⁸⁸: 64,4% - Impacto del output 5 en el ámbito emocional de los pacientes⁸⁶: 83,6% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar su estado emocional⁸⁸: 662,88 € - Apropiación del impacto: 93%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de centros donde ya se realiza el output 5⁸⁶: 7,1% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
5.5 Menor número de brotes al estar mejor emocionalmente.	% pacientes que están mejor emocionalmente y que reducirían el número de brotes	46%	103.990.202,22 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que mejorarían su ámbito emocional: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis leve^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de pacientes con el ámbito emocional afectado⁸⁸: 64,4% - Impacto del output 5 en el ámbito emocional de los pacientes⁸⁶: 83,6% - Porcentaje de pacientes que reducirían sus brotes si tuvieran adherencia⁹¹: 40% - Corrección de la cantidad de pacientes que podrían quedarse siendo leves y no evolucionar a moderados. Se utiliza la perspectiva conservadora (p=q=0,5) por lo que se pondera al 50% - Valor del "proxy". Coste directo sanitario de tratar a un paciente moderado menos coste directo sanitario de tratar a un paciente leve⁷⁶: 2.718,85 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de centros donde ya se realiza el output 5⁸⁶: 7,1% - Atribución: desde una perspectiva conservadora, se considera que el 50% del retorno podría deberse a otras causas ajenas al output 5 		
5.6 Los pacientes recibirán información de redes sociales asociadas a la enfermedad, por lo que mejorarán sus relaciones sociales.	% de pacientes leves que mejorarían sus relaciones sociales	59%	38.740.065,00 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis leve^{9,76}: 764.671 - Porcentaje de pacientes con el ámbito de relaciones sociales afectado⁸⁸: 19,4% - Impacto del output 5 en el ámbito de las relaciones sociales de los pacientes⁸⁶: 74,3% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar sus relaciones sociales⁸⁸: 601,19 € - Apropiación del impacto: 59%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de centros donde ya se realiza el output 5⁸⁶: 7,1% - Atribución: porcentaje de pacientes que se informan por otras vías distintas a las sanitarias⁹²: 37% 		

Tabla 85. Outcomes para pacientes con psoriasis moderada

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
8.2 Al realizarse una valoración de la evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades, supone una disminución de las visitas no programadas a atención primaria.	% de pacientes que reducirían el sobreuso de visitas a atención primaria	46%	3.132.242,56 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes que realizan un uso de medicina de atención primaria mayor al indicado en la guía de práctica clínica⁸⁸: 26% - Valor del "proxy". Mediana de visitas a atención primaria (para pacientes con sobreuso) menos visitas estipuladas por práctica clínica, multiplicado por el coste de cada visita a atención primaria⁸⁶⁻⁸⁸: 116,29 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		
8.3 Cambio de tratamiento del fármaco sistémico al tratamiento biológico por falta de eficacia o efectos adversos.	% de pacientes tratados con sistémicos que pasan a estar tratados con biológicos	39%	81.305.463,15 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes moderado-graves tratados normalmente con sistémicos⁴⁴: 45,8% - Porcentaje de pacientes moderado-graves tratados con sistémicos que pasan a estar tratados con biológicos⁴⁴: 51,1% - Valor del "proxy". Coste directo sanitario de tratar a un paciente grave menos coste directo sanitario de tratar a un paciente moderado⁷⁶: 3.945,34 € - Apropiación del impacto: 39%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% - Desplazamiento: porcentaje de gasto directo sanitario que representan los sistémicos⁸¹: 15% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
10.1 Mejora del ámbito emocional del paciente.	% de pacientes que mejorarían el ámbito emocional	46%	46.321.394,49 €
	<p>- La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes con el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Impacto del output 10 en el ámbito emocional de los pacientes⁸⁶: 83,9% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar su ámbito emocional⁸⁸: 720,96 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		
10.2 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito del ocio del paciente.	% de pacientes con ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito del ocio afectado y que lo mejorarían	46%	16.821.112,72 €
	<p>- La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes con el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Porcentaje de pacientes con el ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito del ocio afectado⁸⁸: 64,4% - Impacto del output 10 en el ámbito del ocio de los pacientes⁸⁶: 66,4% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar su ámbito del ocio⁸⁸: 513,67 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
10.3 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito de la sexualidad del paciente.	% pacientes con ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito de la sexualidad afectado y que lo mejorarían	46%	15.767.101,58 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes con el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Porcentaje de pacientes con el ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito de la sexualidad afectado⁸⁸: 30,7% - Impacto del output 10 en el ámbito familiar de los pacientes⁸⁶: 72,5% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar su ámbito de la sexualidad⁸⁸: 745,79 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		
11.1 Mejora del ámbito del autocuidado del paciente.	% pacientes que mejorarían su autocuidado (alimentación, ejercicio)	46%	25.067.617,34 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes con trastornos endocrino-metabólicos⁸⁹: 63,1% Impacto del output 11 en el ámbito del autocuidado de los pacientes⁸⁶: 82,1% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar su ámbito del autocuidado⁸⁸: 467,11 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
1.5 Empoderamiento del paciente respecto a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.	% pacientes que desearían y llegarían a un acuerdo mutuo respecto al tratamiento	18%	12.195.060,00 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes que desearían llegar a un acuerdo mutuo entre especialista-paciente respecto a su enfermedad⁹³: 57,2% - Corrección de la cantidad de pacientes que podrían llegar al acuerdo mutuo. Estimación del mejor escenario: 95% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar su ámbito de actividades cotidianas⁸⁸: 535,71 € <p>Apropiación del impacto: 18%. Se descuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de casos en que ya se lleva a cabo el acuerdo mutuo (teniendo en cuenta solamente a los pacientes que desean dicho acuerdo)⁹³: 81,6% 		
14.1 Universalización del acceso al tratamiento con fototerapia.	% pacientes que pasarían a ser tratados con fototerapia	36%	4.513.020,43 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes que usan normalmente fototerapia⁷⁶: 18,6% - Porcentaje de pacientes con psoriasis atendidos en fototerapia⁹⁴: 54,0% - Valor del "proxy". Coste de tratar a un paciente moderado con un sistémico convencional⁸¹: 542,41 € <p>Apropiación del impacto: 36%. Se descuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales que ya cuentan con servicio de fototerapia⁷²: 63,6% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
Outcome global: Mejora de la productividad laboral.	% pacientes que reducen los días de baja a causa de la psoriasis	46%	23.005.566,82 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que tuvieron alguna baja laboral en el último año⁶¹: 13,0% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año, calculado a partir de la media anual de días de baja para este tipo de pacientes y el salario mediano estatal^{61,73}: 1.708,28 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		
Outcome global: Disminución de la productividad laboral (1).	% pacientes que faltan al trabajo por acudir a una visita de seguimiento y una visita de enfermería	46%	-1.462.198,47 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que están trabajando actualmente⁸⁸: 65% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año (estimación: 3 horas)⁷³: -21,72 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
Outcome global: Disminución de la productividad laboral (2).	% pacientes que faltan al trabajo por acudir a nueve sesiones de psicología al año	46%	-4.864.091,32 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que están trabajando actualmente⁸⁸: 65% - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año (estimación: 13,5 horas)⁷³ : -97,72 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		
Outcome global: Disminución de la productividad laboral (3).	% pacientes que faltan al trabajo por acudir a una sesión de dietética al año	46%	-461.326,44 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis moderada^{9,76}: 227.673 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que están trabajando actualmente⁸⁸: 65% - Porcentaje de pacientes con trastornos endocrino-metabólicos⁸⁹: 63,1% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año (estimación: 1,5 horas)⁷³: -10,86 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		

Tabla 86. Outcomes para pacientes con psoriasis grave

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
17.2 Al realizarse una valoración de la evolución y eficacia terapéutica, mediante los criterios de valoración PASI y comorbilidades, supone una disminución de las visitas no programadas a atención primaria.	% de pacientes que reducirían el sobreuso de visitas a dermatología	46%	1.100.856,59 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes que realizan un uso de medicina de atención primaria mayor al indicado en la guía de práctica clínica: 26% - Valor del "proxy". Mediana de visitas a atención primaria (para pacientes con sobreuso) menos las visitas estipuladas por práctica clínica, multiplicado por el coste de la visita a atención primaria^{87,88}: 116,29 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinares⁷²: 54,5% 		
20.1 Mayor adherencia de los pacientes, que implica una mejora del autocuidado.	% de pacientes que mejorarían su autocuidado	100%	4.526.717,11 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito del autocuidado afectado⁸⁸: 14,5% Impacto del output 20 en el ámbito del autocuidado⁸⁶: 83,8% Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar el ámbito del autocuidado⁸⁸: 467,11 € Apropiación del impacto: 100% 		
21.1 Mejora del ámbito emocional del paciente.	% de pacientes que mejorarían el ámbito emocional	100%	35.225.364,90 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Impacto del output 21 en el ámbito del autocuidado⁸⁶: 82,6% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar el ámbito emocional⁸⁸: 720,96 € - Apropiación del impacto: 100% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
21.2 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito del ocio del paciente.	% de pacientes con ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito del ocio afectado y que lo mejorarían	100%	13.423.787,11 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito del ocio afectado⁸⁸: 64,4% - Impacto del output 21 en el ámbito del autocuidado⁸⁶: 68,6% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar el ámbito del ocio⁸⁸: 513,67 € - Apropiación del impacto: 100% 		
21.3 Como consecuencia de la mejora del ámbito emocional, se produce una mejora del ámbito de la sexualidad del paciente.	% pacientes con ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito de la sexualidad afectado y que lo mejorarían	100%	12.565.757,02 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito emocional afectado, que también tienen el ámbito de la sexualidad afectado⁸⁸: 38,1% - Impacto del output 21 en el ámbito del autocuidado⁸⁶: 74,8% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar el ámbito de la sexualidad⁸⁸: 745,79 € - Apropiación del impacto: 100% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
22.1 Mejora del ámbito del autocuidado del paciente.	% pacientes que mejorarían su autocuidado (alimentación, ejercicio)	100%	19.763.690,79 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes con trastornos endocrino-metabólicos⁸⁹: 63,1% - Impacto del output 22 en el ámbito del autocuidado⁸⁶: 83,8% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por mejorar el ámbito del autocuidado⁸⁸: 467,11 € - Apropiación del impacto: 100% 		
Outcome global: Mejora de la productividad laboral.	% pacientes que reducen los días de baja a causa de la psoriasis	46%	8.085.914,98 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que tuvieron alguna baja laboral en el último año⁶¹: 13,0% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año, calculado a partir de la media anual de días de baja para este tipo de pacientes y el salario mediano estatal^{61,73}: 1.708,28€ - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinares⁷²: 54,5% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
Outcome global: Disminución de la productividad laboral (1).	% pacientes que faltan al trabajo por acudir a una visita de seguimiento y una visita de enfermería	46%	-513.895,75 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que están trabajando actualmente⁸⁸: 65% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año (estimación: 3 horas)⁷³: -21,72€ Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		
Outcome global: Disminución de la productividad laboral (2).	% pacientes que faltan al trabajo por acudir a nueve sesiones de psicología al año	46%	-1.709.532,60 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que están trabajando actualmente⁸⁸: 65% - Porcentaje de pacientes que tienen el ámbito emocional afectado⁸⁸: 73,9% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año (estimación: 13,5 horas)⁷³: -97,72 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinarias⁷²: 54,5% 		

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
Outcome global: Disminución de la productividad laboral (3).	% pacientes que faltan al trabajo por acudir a una sesión de dietética al año	46%	-162.134,40 €
	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con psoriasis grave^{9,76}: 80.016 - Porcentaje de pacientes moderado-graves que están trabajando actualmente⁸⁸: 65% - Porcentaje de pacientes con trastornos endocrino-metabólicos⁸⁹: 63,1% - Valor del "proxy". Coste medio de pérdidas de productividad laboral en un año (estimación: 1,5 horas)⁷³: -10,86 € - Apropiación del impacto: 46%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: porcentaje de hospitales con unidades multidisciplinares⁷²: 54,5% 		

Tabla 87. Outcomes para pacientes mal diagnosticados

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
3.2 Los pacientes obtendrán un diagnóstico correcto para su problema de salud.	% pacientes mal diagnosticados (sin psoriasis) que obtendrán un diagnóstico correcto	0%	0,00 €
<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes mal diagnosticados (sin psoriasis)^{9,65}: 233.122 - Corrección de la cantidad de pacientes que podrían diagnosticarse bien. Se utiliza la perspectiva conservadora ($p=q=0,5$) por lo que se pondera al 50% - Valor del "proxy". Coste medio de tratar a un paciente con psoriasis leve⁷⁶: 838,55 € - Apropiación del impacto: 0%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Desplazamiento: 100%. El ahorro que supone este outcome se transforma en un coste (ahorro al dejar de tratar a un paciente sin psoriasis, que se transforma en coste de tratarle de su patología). 			

	% pacientes bien diagnosticados, que antes no lo estaban	100%	155.029.234,87 €
3.3 Mejora del bienestar general de los pacientes al estar bien diagnosticados y controlar mejor su enfermedad.	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes mal diagnosticados (sin psoriasis)^{9,65}: 233.122 - Corrección de la cantidad de pacientes que podrían diagnosticarse bien. Se utiliza la perspectiva conservadora ($p=q=0,5$) por lo que se pondera al 50% - Valor del "proxy". Disposición a pagar por verse libres de lesiones⁶¹: 332,51 € <p>Apropiación del impacto: 100%</p>		

Tabla 88. Outcomes para pacientes incidentes

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
	% pacientes que podrían estar mejor orientados e informados a partir de este tríptico	49%	1.247.357,97 €
1.3 Los pacientes reciben información específica sobre su enfermedad.	<p>La monetización del retorno se calcula multiplicando los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes incidentes¹⁰: 65.274 - Porcentaje de pacientes que lee la información clínica que reciben⁹⁵: 80,5% - Valor del "proxy". Cuota anual a Acción Psoriasis⁹⁶: 48,00€ - Apropiación del impacto: 49%. Se descuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Peso muerto: el 43% tienen historia familiar de psoriasis por lo que pueden estar ya informados por esa vía; se aplica corrección conservadora del 50%, dejando un peso muerto del 21,5%⁸⁹ - Atribución: el 37% de los pacientes se informa por fuentes ajenas a las clínicas⁹² 		

Tabla 89. Outcomes para pacientes sin diagnosticar

Outcome	Indicadores	Apropiación del impacto	Monetización
3.4 Mejora del bienestar general de los pacientes al estar bien diagnosticados y controlar mejor su problema de salud.	No existen datos suficientes para estimar el retorno social de este outcome.		

El diagnóstico correcto de una enfermedad puede mejorar el bienestar general de la persona, puesto que al conocer la enfermedad que padece, tanto el paciente como el profesional que le trata pueden controlar mejor dicho problema de salud.

Sin embargo, dado el enfoque prospectivo de este estudio no se dispone de información suficiente para estimar en qué medida se producirían nuevos diagnósticos, por lo que, siguiendo la perspectiva conservadora, se considera que no es posible calcular los outcomes en términos monetarios.

12. ANEXO II. CUESTIONARIO SOBRE LA AFECTACIÓN PSICO-SOCIAL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

P1.- ¿Está diagnosticado de Psoriasis?

Sí (1)

No, pero soy tutor de un menor con dicha enfermedad (2)

No (3)

P2.- ¿Cuál es su relación con el/la menor que padece psoriasis?

Padre/madre (1)

Tutor/a (2)

Hermano/a (3)

Abuelo/a (4)

Otros familiares (5)

Profesional social o sanitario que responde por delegación de familiares (6)

Otra relación (7)

P3.- (Si contesta el propio paciente) ¿Cuál es su país de residencia?/ (Tutor de un menor)

¿Cuál es el país de residencia del menor?

España (1)

Otros (2)

P4.- Por favor, especifique cuál.

P5.- Comunidad Autónoma de residencia:

Andalucía (1)

Aragón (2)

Principado de Asturias (3)

Islas Baleares (4)

Canarias (5)

Cantabria (6)

Castilla y León (7)

Castilla - La Mancha (8)

Cataluña (9)

Comunidad Valenciana (10)

Extremadura (11)

Galicia (12)

Comunidad de Madrid (13)
Región de Murcia (14)
Comunidad Foral de Navarra (15)
País Vasco (16)
La Rioja (17)
Ceuta (18)
Melilla (19)

P6.- (Si contesta el propio paciente) Por favor, podría indicar su sexo/
(Tutor de un menor) Por favor, podría indicar el sexo del menor:

Mujer (1)
Hombre (2)

P7.- (Si contesta el propio paciente) Edad/ (Tutor de un menor) Edad del menor:
(Pregunta numérica de 0 a 110 años)

No sabe
No contesta

P8.- ¿Cuál es su situación laboral actual? Por favor, indique la principal.

Trabajador (1)
En desempleo (2)
Jubilado/a o prejubilado/a (3)
Las labores del hogar (6)
Incapacitado/a para trabajar (5)
Estudiante (4)
Otros (7)
No sabe (8)
No contesta (9)

P9.- Tipo de afiliación a la seguridad social

Por cuenta ajena (1)
Por cuenta propia (autónomo/a) (2)
Otros (3)
No sabe (8)
No contesta (9)

P10.- ¿Ha influido su psoriasis en su decisión de ser autónomo?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P11.- ¿Cuánto tiempo lleva en desempleo?

No ha trabajado nunca (1)

Menos de 6 meses (2)

De 6 meses a menos de 12 meses (3)

De 1 año a menos de 2 años (4)

Dos años o más (5)

No sabe (6)

No contesta (7)

P12.- ¿Percibe alguna prestación de desempleo?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P13.- ¿Cree que tuvo influencia su enfermedad en su situación de desempleo?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P14.- De alguna manera, ¿cree que la elección de su profesión está o estuvo condicionada por su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P15.- ¿Sufre o ha sufrido algún tipo de discriminación laboral o problemas laborales debido a su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P16.- ¿Está estudiando actualmente?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P17.- ¿Estudia a distancia?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P18.- ¿Acude a clases presenciales?

Siempre (1)

Casi siempre (2)

Casi nunca (3)

Nunca (4)

No sabe (5)

No contesta (6)

P19.- ¿Evita actividades grupales debido su enfermedad?

Sí, las evito siempre (1)

Sí, siempre que puedo (2)

No (3)

No sabe (4)

No contesta (5)

P20.- ¿El hecho de estudiar a distancia está condicionado de algún modo por la psoriasis?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P21.- ¿Sufre o ha sufrido acoso escolar debido a su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

No procede (5)

P22.- ¿No estudia debido al rechazo o por miedo al rechazo?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

PARA >17 años

P23.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a (1)

Casado/a o pareja de hecho (2)

Viudo/a (3)

Separado/a o divorciado/a (4)

No sabe (8)

No contesta (9)

P24.- Su separación/divorcio, ¿estuvo relacionado con su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P25.- ¿Tiene pareja?

Sí (1)

No (2)

No contesta (3)

P26.- ¿Cree que el motivo de no tener pareja está relacionado con su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P27.- ¿Cómo le ha afectado la psoriasis en sus relaciones sexuales?

No me ha afectado (1)

Un poco (2)

Algo (3)

Bastante (4)

Mucho (5)

No sabe (6)

No contesta (7)

P28.- ¿Afecta la psoriasis a su vida familiar (marido/mujer, padres, hijos, hermanos, etc.)?

Nada (1)

Poco (2)

Algo (3)

Bastante (4)

Mucho (5)

No sabe (6)

No contesta (7)

No procede (8)

P29.- ¿Tiene hijos/as?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P30.- ¿Decidió no tener hijos debido a su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

A TODOS

P31.- ¿Qué tipo de psoriasis presenta?

Psoriasis vulgar: en placas (1)

Psoriasis guttata (en gota) (2)

Psoriasis eritrodérmica (3)

- Psoriasis pustulosa generalizada (PPG) (4)
- Pustulosis palmoplantar (PPP) (5)
- Acrodermatitis continua de Hallopeau (acrodermatitis pustulosa) (6)
- Psoriasis invertida (7)
- No sabe (8)
- No contesta (9)

P32.- ¿Qué zona del cuerpo está afectada por la psoriasis? PREGUNTA MÚLTIPLE

- Cuero cabelludo (1)
- Cara (2)
- Ojos (3)
- Mucosa bucal (4)
- Orejas (5)
- Cuello (6)
- Escote (7)
- Región submamaria (8)
- Zona abdominal (9)
- Espalda (10)
- Axilas (11)
- Brazos (12)
- Codos (13)
- Palmas de las manos (14)
- Uñas de las manos (15)
- Ingles (16)
- Genitales (17)
- Pliegue interglúteo (18)
- Piernas (19)
- Rodillas (20)
- Plantas de los pies (21)
- Uñas de los pies (22)
- Otros (23)
- No sabe (98)
- No contesta (99)

P33.- Por favor, especifique la zona.

A TODOS

A continuación se realizará un batería de preguntas para poder ver cómo le afecta la psoriasis en su día a día.

Desde que le diagnosticaron de psoriasis:

	Mucho más que antes	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	No sabe	No contesta	No procede
AUTOCUIDADO								
P34.1.- ¿Realiza ejercicio físico?								
P34.2.- ¿Presta atención a su cuidado personal (aseo, aspecto,...)?								
P34.3.- ¿Cuida su alimentación?								

Desde que le diagnosticaron de psoriasis, ¿con qué frecuencia realiza las siguientes actividades?

	Mucho más que antes	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	No sabe	No contesta	No procede
ACTIVIDADES COTIDIANAS								
P35.1.- Hacer la compra								
P35.2.- Utilizar el transporte público								
P35.3.- Pasear								
OCIO/CULTURA								
P36.1.- Acudir a bares/ restaurantes								
P36.2.- Acudir a cines/ teatros								
P36.3.- Acudir a museos/ exposiciones								
P36.4.- Acudir a gimnasios								
P36.5.- Acudir a balnearios/ Spas								
P36.6.- Acudir a playas/ piscinas								

P36.7.- Realizar viajes (turismo)								
AMBITO COMUNITARIO								
P37.1.- Acudir a asociaciones								
P37.2.- Realizar voluntariado								
P37.3.- Acudir a reuniones de vecinos								
P37.4.- Acudir a reuniones escolares (AMPA)								
P37.5.- Acudir a bibliotecas / aulas de estudio								

Desde su diagnóstico, por favor, valore su relación con:

	Mucho mejor que antes	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	No sabe	No contesta	No procede
RELACIONES SOCIALES								
P38.1.- Sus familiares								
P38.2.- Sus amistades								
P38.3.- Sus compañeros de trabajo								
P38.4.- Sus vecinos								

Desde su diagnóstico de psoriasis, por favor indique si presenta:

	Mucho más que antes	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	No sabe	No contesta	No procede
AREA EMOCIONAL								
P39.1.- Irritabilidad								
P39.2.- Insomnio								
P39.3.- Pensamientos negativos								
P39.4.- Apatía								
P39.5.- Depresión								
P39.6.- Ansiedad								
P39.7.- Conductas agresivas								
P39.8.- Conductas suicidas								
P39.9.- Consumo de tabaco								
P39.10.- Consumo de alcohol								
P39.11.- Consumo de sustancias (cannabis, cocaína, ...)								

A continuación, se preguntará cuánto estaría dispuesto a pagar para mejorar ciertos aspectos de su vida que se han visto afectados por su enfermedad.

¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por mejorar los siguientes aspectos de su vida?

*Indique no procede si este aspecto no afecta a mi vida

	Menos de 500€	De 501 a 1.000€	De 1.001 a 1.500€	De 1.501 a 2.000 €	De 2.001 a 2.500€	De 2.501 a 3.000 €	Más de 3.000€	No sabe	No contesta	No procede
P40.1.- AUTOCUIDADO (realizar ejercicio físico, prestar atención wa su cuidado personal, ...)										
P40.2.- ACTIVIDADES COTIDIANAS (hacer la compra, coger el transporte público, ...)										
P40.3.- OCIO/ CULTURA (acudir a bares, cines, playas, viajes, ...)										
P40.4.- AMBITO COMUNITARIO (asociaciones, voluntariado)										
P40.5.- FAMILIAR (vida familiar, tener hijos, ...)										
P40.6.- SEXUALIDAD										
P40.7.- RELACIONES SOCIALES (familiares, amistades, ...)										

P40.8.- EDUCACIÓN (acoso escolar, realizar actividades grupales, ...)										
P40.9.- LABORAL (acoso laboral, profesión, ...)										
P40.10.- AREA EMOCIONAL (irritabilidad, insomnio, pensamientos negativos, ...)										

A TODOS

P41.- ¿Querría continuar realizando un bloque de preguntas relacionadas con los servicios sanitarios (visitas médico, pruebas analíticas, etc.) utilizados relacionados con la psoriasis?

Sí

No

A continuación se realizarán una serie de preguntas relacionadas con los servicios sanitarios utilizados relacionados con la psoriasis.

P42.- ¿Cuánto tiempo hace que realizó la última consulta médica (personalmente o por teléfono) por algún problema o molestia relacionado con la psoriasis?

Hace cuatro semanas o menos (1)

Hace más de cuatro semanas y menos de un año (2)

Hace un año o más (3)

Nunca ha ido al médico (4)

No sabe (5)

No contesta (6)

P43.- En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico de familia o con un médico general por algún problema o molestia relacionada con la psoriasis?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P44.- El médico/Los médicos de familia al/a los que acudió era de: PREGUNTA MÚLTIPLE

Sanidad Pública (Seguridad Social) (1)

Sociedad médica (2)

Consulta privada (3)

Otros (médico de empresa, etc.) (4)

No sabe (5)

No contesta (6)

P45.- ¿Cuántas veces acudió en las últimas cuatro semanas a un médico de familia de la seguridad social?

Numérica de 1 a 30. Incluir No sabe y no contesta

P46.- Y con un dermatólogo, ¿ha consultado en las últimas cuatro semanas por algún problema o molestia relacionada con la psoriasis?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P47.- El dermatólogo al que acudió era de: PREGUNTA MÚLTIPLE

Sanidad Pública (Seguridad Social) (1)

Sociedad médica (2)

Consulta privada (3)

Otros (médico de empresa, etc.) (4)

No sabe (5)

No contesta (6)

P48.- ¿Cuántas veces acudió en las últimas cuatro semanas al dermatólogo de la seguridad social?

Numérica de 1 a 30. Incluir No sabe y no contesta

P49.- ¿Cuántos meses?

Numérica de 1 a 12. Incluir No sabe y no contesta

P50.- El último médico que consultó debido a su psoriasis, ¿era médico de familia/general o un dermatólogo?

Médico de familia o médico general o pediatra (1)

Dermatólogo (2)

Otros (3)

Especificar, ¿qué otros?

No sabe (4)

No contesta (5)

P51.- El médico al que acudió era de:

Sanidad Pública (Seguridad Social) (1)

Sociedad médica (2)

Consulta privada (3)

Otros (médico de empresa, etc.) (4)

No sabe (5)

No contesta (6)

P52.- ¿Ha acudido alguna vez más durante este último año a algún médico debido a su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P53.- ¿Alguna de las consultas fue con un médico de familia o con un médico general?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P54.- El médico/Los médicos de atención primaria al/a los que acudió era de: PREGUNTA MÚLTIPLE

Sanidad Pública (Seguridad Social) (1)

Sociedad médica (2)

Consulta privada (3)

Otros (médico de empresa, etc.) (4)

No sabe (5)

No contesta (6)

P55.- ¿Cuántas veces acudió a un médico de familia de la seguridad social?

Numérica de 1 a 100. Incluir No sabe y no contesta

P56.- ¿Y a un dermatólogo de la seguridad social?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P57.- El/Los dermatólogo/s al que acudió era de: PREGUNTA MÚLTIPLE

Sanidad Pública (Seguridad Social) (1)

Sociedad médica (2)

Consulta privada (3)

Otros (médico de empresa, etc.) (4)

No sabe (5)

No contesta (6)

P58.- ¿Cuántas veces acudió a un dermatólogo de la seguridad social?

Numérica de 1 a 30. Incluir No sabe y no contesta

P59.- Durante los últimos 12 meses, ¿le han realizado alguna de las siguientes pruebas, en la seguridad social, debido a su psoriasis?

	Sí (1)	No (2)	No sabe (3)	No contesta (4)
P59.1.- Análisis de sangre				
P59.2.- Análisis de orina				
P59.3.- Biopsia cutánea				
P59.4.- Ecografía cutánea				
P59.5.- Radiografía				
P59.6.- Test de embarazo				
P59.7.- Otras (ESPECIFICAR)				

P60.- ¿Cuántos análisis de sangre le han realizado debido a su psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P61.- ¿Cuántos análisis de orina le han realizado debido a su psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P62.- ¿Cuántas biopsias cutáneas le han realizado debido a su psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P63.- ¿Cuántos ecografías cutáneas le han realizado debido a su psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P64.- ¿Cuántos radiografías le han realizado debido a su psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P65.- ¿Cuántos test de embarazo le han realizado debido a su psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P66.- Especifique qué otras

P67.- Durante los últimos 12 meses, ¿ha acudido, en la seguridad social, debido a su psoriasis a un...?

	Sí (1)	No (2)	No sabe (3)	No contesta (4)
P67.1.- Enfermero/a				
P67.2.- Psicólogo/a				

P68.- ¿Cuántas veces ha acudido al enfermero/a debido a la psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P69.- ¿Cuántas veces ha acudido al psicólogo/a debido a la psoriasis?

Numérica de 1 a 10. Incluir No sabe y no contesta

P70.- Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital por su enfermedad al menos durante una noche?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P71.- ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en un hospital de la seguridad social debido a su enfermedad en estos últimos doce meses?

Nº de veces: De 0 a 99. Incluir no sabe y no contesta.

P72.- Durante los últimos doce meses, ¿ha sido usted atendido/a en un "Hospital de día" debido a su enfermedad para un tratamiento, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche? (Incluya ingresos en cama o sillón-cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación)

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P73.- ¿Cuántos días ha tenido que acudir a un hospital de día, sin tener que pasar la noche?

Nº de días: De 0 a 365. Incluir no sabe y no contesta.

P74.- En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por su enfermedad?

Sí (1)

No (2)

No sabe (3)

No contesta (4)

P75.- ¿Qué tipo de servicio utilizó? PREGUNTA MÚLTIPLE

Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) (1)

Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social). Por ejemplo, centro de salud, ambulatorio, etc. (2)

Sanatorio, hospital o clínica privada (3)

Servicio privado de urgencias (4)

Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento (5)

Otro tipo de servicio (6)

No sabe (7)

No contesta (8)

P76.- En total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias de un hospital de la seguridad social por su enfermedad en estos doce meses?

Nº de veces: De 0 a 300. Incluir no sabe y no contesta.

P77.- En total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias de un centro de salud (no hospitalario) de la seguridad social por su enfermedad en estos doce meses?

Nº de veces: De 0 a 300. Incluir no sabe y no contesta.

P78.- ¿Cuántos años?

Numérica de 1 a 50. Incluir No sabe y no contesta

Ya ha terminado el cuestionario.

Muchas gracias por su participación en el estudio.





1604040757

Con la colaboración de:

