

Estimación del precio de nirsevimab en España para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial en lactantes según umbrales de disponibilidad a pagar mediante un análisis coste-utilidad

Gil-Prieto, Ruth ¹; Pérez, Jaime Jesús ²; Díaz-Aguiló, Ariadna ³; Soudani, Samira ⁴; López-Belmonte, Juan Luis ⁵; de la Cuadra-Grande, Alberto ⁶; Casado, Miguel Ángel ⁶; Álvarez Aldean, Javier ⁷.

¹ Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

² Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Región de Murcia, España.

³ Market Access, Sanofi, Barcelona, España.

⁴ Global Health Economics and Value Assessment, Sanofi, Lyon, Francia.

⁵ Market Access, Sanofi, Madrid, España.

⁶ Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), Madrid, España.

⁷ Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de la Costa del Sol, Marbella, España.

26/10/2024 – Sala Trinidad 1 (9:00 – 10:30)



MÁLAGA
24-26 octubre 2024
(Precongreso 23-24 octubre)

XIII
CONGRESO
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE VACUNOLOGÍA

Las vacunas
en nuestras vidas



Introducción & Objetivo



El VRS es una de las principales causas de hospitalización en lactantes¹.



Las **recomendaciones nacionales** instan a emplear **nirsevimab** en la inmunización de los lactantes^{2,3}.



Nuestro **objetivo** fue **estimar el precio de nirsevimab para prevención de infecciones por VRS en lactantes según distintos umbrales de DAP en España, mediante un análisis coste-utilidad.**

¿Cómo estimamos el precio de nirsevimab?

Pero en este estudio no buscamos estimar el RCUI...

$$\text{RCUI} = \frac{(\text{Coste con Nirsevimab}) - (\text{Coste con el SoP})}{(\text{AVAC con Nirsevimab}) - (\text{AVAC con el SoP})}$$

Sino el precio en función de un RCUI predefinido (DAP)...

$$\text{RCUI} = \frac{(\text{Coste con Nirsevimab}) - (\text{Coste con el SoP})}{(\text{AVAC con Nirsevimab}) - (\text{AVAC con el SoP})}$$

¿Qué es un Análisis Coste-Utilidad?

Se trata de un tipo de evaluación económica que busca **establecer una relación entre los costes y los resultados clínicos** (medidos en AVAC), asociados a diferentes intervenciones sanitarias⁴.

El resultado de estos análisis es el **RCUI**⁴:

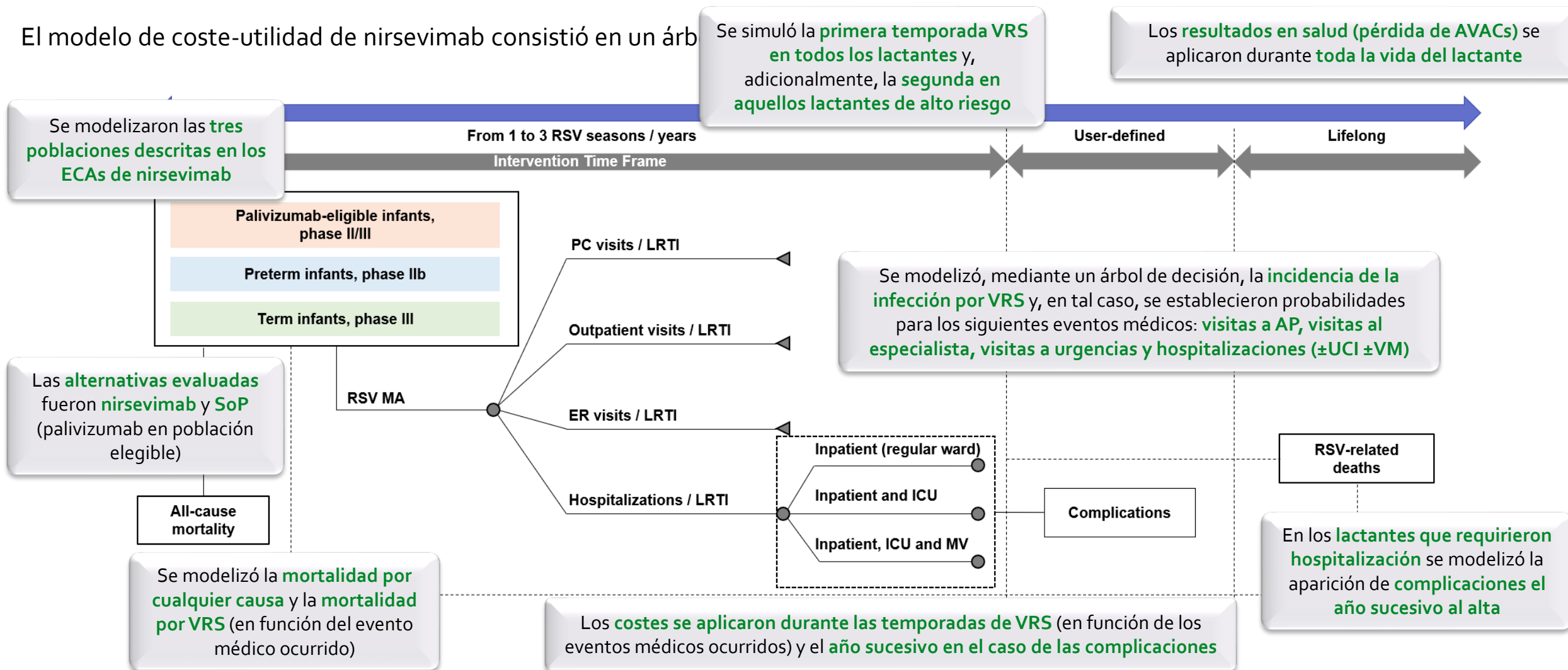
$$\text{RCUI} = \frac{(\text{Coste con Nirsevimab}) - (\text{Coste con el SoP})}{(\text{AVAC con Nirsevimab}) - (\text{AVAC con el SoP})}$$

AVAC: Año de Vida Ajustado por Calidad; DAP: Disponibilidad A Pagar; RCUI: Ratio Coste-Utilidad Incremental; SNS: Sistema Nacional de Salud; VRS: Virus Respiratorio Sincitial.

Fuentes: 1) Openshaw PJM. Annu Rev Immunol. 2017;35:501–32; 2) https://www.sanidad.gob.es/en/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Nirsevimab_2023.pdf; 3) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Nirsevimab.pdf>; 4) Drummond MF. Oxford University Press: 2015:4ªEd; 5) https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c6b59111-420f-11e7-952b-a987475f03d3/SESCS_2016_DAP_AVAC.pdf; 6) Sacristán JA. Gac Sanit. 2020;34(2):189–93.

Materiales & Métodos

El modelo de coste-utilidad de nirsevimab consistió en un árbol de decisión que se ilustra en la siguiente figura.



AP: Atención Primaria; AVAC: Año de Vida Ajustado por Calidad; SoP: *Standard-of-Practice*; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; VM: Ventilación Mecánica; VRS: Virus Respiratorio Sincitial.

Materiales & Métodos


- Los parámetros del modelo:  Procedieron de estudios con población española →  Se seleccionó el nivel más alto de evidencia disponible →  Fueron consensuados por un panel multidisciplinar de expertos

- Algunos **parámetros clave** fueron:

- ✓ Eficacia de las intervenciones (Nirsevimab vs. SoP):

	Lactantes de alto riesgo	Lactantes pretérmino	Lactantes a término
Reducción de ingresos hospitalarios	No inferioridad (nirsevimab vs. palivizumab) ¹	83,2 % ²	83,2 % ²
Reducción de eventos ambulatorios	No inferioridad (nirsevimab vs. palivizumab) ¹	79,5 % ³	79,5 % ³

 Estos datos proceden de los ECAs de nirsevimab (nivel más alto de evidencia disponible) y se alinean con los datos observados en estudios de RWE^{4,5}. No obstante, los datos de vida real muestran resultados más favorables, por lo que en este análisis se plantea un **escenario conservador**.

- ✓ Duración de la protección 
 - **Nirsevimab:** 5 meses (temporada completa VRS).
 - **Palivizumab:** 1 mes.

 La evidencia sugiere que el efecto de nirsevimab podría mantenerse durante más tiempo^{2,6}, pero se asumieron 5 meses para plantear un **escenario conservador**.

- ✓ Cobertura de inmunización : 100% en lactantes de alto riesgo y 90% en el resto de los lactantes⁷.

 Los datos se alinean con los resultados de las exitosas campañas de inmunización publicados por las distintas comunidades autónomas⁷.

- ✓ Desarrollo de complicaciones tras el alta hospitalaria: Se incluyeron sibilancias (75,2%), otitis (20,4%) y consumo de farmacoterapia adicional (60,7%)⁸.

 Aunque hay evidencia acerca del desarrollo de estas complicaciones los tras años sucesivos a la infección⁸, en este análisis se consideró únicamente el año subsecuente y se restringió la aparición de complicaciones a aquellos lactantes que fueron ingresados en el hospital por la infección, planteando un **escenario conservador**.

- Los parámetros empleados y sus fuentes se describen en las siguientes diapositivas (en caso de duda consultar en Q&A).

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado; RWE: *Real-World Evidence*; VRS: Virus Respiratorio Sincitial.

Fuentes: 1) Simoes EAF. Lancet Child Adolesc Health. 2023;7(3):180-9; 2) Hammit LL. N Engl J Med. 2022;386(9):837-46; 3) Griffin MP. N Engl J Med. 2020;383(5):415-25; 4) Ares-Gómez S. Lancet Infect Dis. 2024;24(8):817-28; 5) López-Lacort M. Pediatrics. 2024; 6) Wilkins D. Nat Med. 2023;29(5):1172-9; 7) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/NirsevimabActualizacion.pdf>; 8) Ares-Gómez S. Pediatr Allergy Immunol. 2024;35(5):e14131.

Materiales & Métodos

- Distribución de nacimientos anuales por mes¹ (Nacimientos totales = 323.547) e incidencia de la infección por VRS (Estudio BARI)²

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Distribución de nacimientos [%] ¹	8,5 %	7,9 %	8,2 %	7,7 %	8,1 %	8,2 %	8,5 %	8,6 %	8,5 %	8,9 %	8,5 %	8,4 %
Probabilidad de infección por VRS [%] ²	18,97 %	7,92 %	6,71 %	5,07 %	3,11 %	0,91 %	1,04 %	1,16 %	2,10 %	7,34 %	21,24 %	24,44 %

Sombreado en verde figuran los meses correspondientes a la temporada de VRS considerada en el modelo.

- Distribución de la población por grupos de gravedad:

	Lactantes de alto riesgo	Lactantes pretérmino	Lactantes a término
Tamaño población [N (%)]	4.668 (1,42 %) ³	10.683 (3,25 %) ³	313.354 (95,33 %) ³
Elegibles para inmunización en 2ª temporada de VRS	1.315 (28,18 %) ³	-	-

- Probabilidad de que se produzcan los eventos en salud:

	Lactantes de alto riesgo	Lactantes pretérmino	Lactantes a término
Ingreso hospitalario	7.55% ⁴	7.55% ⁴	3.82% ⁵
UCI (condicional a ingreso)	17.1% ⁶	17.8% ⁶	4.98% ⁷
VM (condicional a ingreso)	2.7% ⁸	2.7% ⁸	2.7% ⁸
Visita a AP	45.9% ¹	45.9% ¹	45.9% ¹
Visita al especialista	0.95% ¹	0.95% ¹	0.95% ¹
Visita a urgencias	12.2% ¹	12.2% ¹	12.2% ¹

Ver riesgo de eventos por edad del lactante en Anexo (en caso de duda consultar en Q&A).

- Cobertura de inmunización: 100% en lactantes de alto riesgo y 90% en el resto de los lactantes (Premisa según datos de la campaña española 2024-25)⁹.

- Mortalidad de los lactantes

Edad	Lactantes de alto riesgo	Lactantes pretérmino	Lactantes a término
0 – 5 meses	0,95 % ¹⁰	0,95 % ¹⁰	0,0526 % ⁵
6 – 11 meses	0,95 % ¹⁰	0,95 % ¹⁰	0,0617 % ⁵
12 – 59 meses	0,0002 % ¹¹	0,0002 % ¹¹	0,0002 % ¹¹

- Probabilidad de complicación el año subsecuente al alta hospitalaria

Edad	Lactantes de alto riesgo	Lactantes pretérmino	Lactantes a término
Sibilancias	75,2% ¹²	75,2% ¹²	75,2% ¹²
Otitis	20,4% ¹²	20,4% ¹²	20,4% ¹²
Farmacoterapia adicional	60,7% ¹²	60,7% ¹²	60,7% ¹²

- Eficacia de las intervenciones preventivas

- ✓ Lactantes de alto riesgo (nacidos < 29 semanas de gestación o con enfermedad cardíaca o pulmonar crónica): Se consideró no inferioridad de nirsevimab vs. palivizumab¹³.
- ✓ Lactantes nacidos > 29 semanas de gestación: Reducción del 83,2%¹⁴ de ingresos hospitalarios y del 79,5%¹⁵ en eventos ambulatorios con nirsevimab vs. palivizumab.

AP: Atención Primaria; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; VM: Ventilación Mecánica; VRS: Virus Respiratorio Sincitial.

Fuentes: 1) Martínón-Torres F. BMC Infect Dis. 2022;22(1):759; 2) <https://www.ine.es/jaxi/T3/Tabla.htm?t=46682>; 3) https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3063/recomanacions_us_palivizumab_prevenio_infeccio_virus_sincitico_respiratori_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y; 4) Muñoz-Quiles C. Pediatr Infect Dis J. 2016;35(3):275–80; 5) Heppe Montero M. 2022;18(1):1883379; 6) Sanchez-Luna M. BMC Infect Dis. 2017;17(1):687; 7) Viguria N. PloS One. 2018;13(11):e0206474; 8) Hervás D. Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol. 2012;31(8):1975–81; 9) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/NirsevimabActualizacion.pdf>; 10) Sánchez-Luna M- Curr Med Res Opin. 2016;32(4):693-8; 11) Gil-Prieto R. Medicine. 2015;94(21):e831; 12) Ares-Gómez S. Pediatr Allergy Immunol. 2024;35(5):e14131; 13) Simoes EAF. Lancet Child Adolesc Health. 2023;7(3):180-9; 14) Hammit LL. N Engl J Med. 2022;386(9):837-46; 15) Griffin MP. N Engl J Med. 2020;383(5):415-25.

Materiales & Métodos

- Costes considerados en el modelo (€, 2024):

	Lactantes de alto riesgo	Lactantes pretérmino	Lactantes a término
Ingreso hospitalario	6.173,45€ ¹	6.173,45€ ¹	2.597,87€ ¹
Hospitalización + UCI	14.446,49€ ^{2,3,A}	14.446,49€ ^{2,3,A}	11.536,42€ ^{2,4,A}
Hospitalización + UCI + VM	17.049,71€ ^{2,4,B}	17.049,71€ ^{2,4,B}	13.767,75€ ^{2,4,B}
Visita a AP	77,52€ ²	77,52€ ²	77,52€ ²
Visita al especialista	152,09€ ²	152,09€ ²	152,09€ ²
Visita a urgencias	219,56€ ²	219,56€ ²	219,56€ ²
Sibilancias	426,35€ ^{2,5,C}	426,35€ ^{2,5,C}	426,35€ ^{2,5,C}
Otitis	155,04€ ^{6,D}	155,04€ ^{6,D}	155,04€ ^{6,D}
Farmacoterapia adicional	3,07€ ^{7,E}	3,07€ ^{7,E}	3,07€ ^{7,E}
Mortalidad prematura	278.614,02€ ^{8-14,F}	278.614,02€ ^{8-14,F}	278.614,02€ ^{8-14,F}
Absentismo de cuidadores	76,58 - 253,29€ ^{9,15-17,G}	76,58 - 253,29€ ^{9,15-17,G}	76,58 - 253,29€ ^{9,15-17,G}
Adquisición de palivizumab	722,00 ^{2,18,H}	-	-
Administración de IV	6,57 ²	6,57 ²	6,57 ²

^A Coste agregado estimado como la multiplicación del coste unitario (2.889,30€)² por la duración de la estancia (pretérmino y alto riesgo: 5 días³; a término: 4 días⁴).

^B Coste agregado estimado como la multiplicación del coste unitario (2.435,67€)² por la duración de la estancia (pretérmino y alto riesgo: 7 días; a término: 6 días⁴).

^C Coste agregado estimado como la multiplicación del coste unitario de visitas a AP (77,52€)² por el consumo anual de vistas (5,5 visitas / paciente-año)⁵.

^D Coste agregado estimado como la multiplicación del coste unitario de visitas a AP (77,52€)² por el consumo anual de vistas (2 visitas / paciente-año)⁵.

^E Coste agregado estimado a partir del consumo de fármacos descrito por expertos y los precios de estos medicamentos (Ver Anexo)⁷.

- Pérdida de AVACs asociada a cada evento en salud:

	Lactantes de alto riesgo	Lactantes pretérmino	Lactantes a término
Ingreso hospitalario	- 0,0101 ¹⁹	- 0,0101 ¹⁹	- 0,0101 ¹⁹
Hospitalización + UCI	- 0,0164 ¹⁹	- 0,0164 ¹⁹	- 0,0164 ¹⁹
Hospitalización + UCI + VM	- 0,0101 ¹⁹	- 0,0101 ¹⁹	- 0,0101 ¹⁹
Visita a AP	- 0,0036 ¹⁹	- 0,0036 ¹⁹	- 0,0036 ¹⁹
Visita al especialista	- 0,0063 ¹⁹	- 0,0063 ¹⁹	- 0,0063 ¹⁹
Visita a urgencias	- 0,0063 ¹⁹	- 0,0063 ¹⁹	- 0,0063 ¹⁹
Sibilancias	- 0,0392 ²⁰	- 0,0392 ²⁰	- 0,0392 ²⁰
Otitis	- 0,0359 ²⁰	- 0,0359 ²⁰	- 0,0359 ²⁰
Farmacoterapia adicional	- ^I	- ^I	- ^I
Mortalidad prematura	- 30,0403 ^{13,14,21-24,J}	- 30,0403 ^{13,14,21-24,J}	- 30,0403 ^{13,14,21-24,J}
Absentismo de cuidadores	- 0,0007 ¹⁹	- 0,0007 ¹⁹	- 0,0007 ¹⁹

^F Coste agregado equivalente a los ingresos a lo largo de toda la vida, estimados a partir de la edad de jubilación (67 años)⁸, el salario medio por hora (15,75€)⁹, las horas de trabajo diarios (8 horas)¹⁰, el número de días trabajados por año (253 días)¹¹, la tasa de fuerza de trabajo (59,14%)¹² y la tasa de empleabilidad (85,43%)¹². Se aplicó una tasa de descuento de 3,0% para la estimación^{13,14}.

^G Coste agregado equivalente al ingreso durante el tiempo de absentismo, estimado a partir del salario medio por hora (15,75€)⁹, el número medio de horas por día de trabajo (4,73 horas)¹⁵ y los días de absentismo por episodio de infección por VRS (hospitalización: 3,40¹⁶; ambulatorio: 1,30¹⁷).

^H Se aplicó una deducción del 15% sobre el PVL de acuerdo con la legislación española¹⁸.

^I Premisa en base al criterio de los expertos.

^J Pérdida de AVACs agregada estimada mediante la multiplicación de la esperanza de vida (87,07 años)²¹ por los valores de utilidad específicos de cada franja etaria^{22,23}. Se aplicó una tasa de descuento de 3,0% para la estimación^{13,14}. Esta metodología se realizó en evaluaciones económica previamente publicadas²⁴.

AP: Atención Primaria; AVAC: Año de Vida Ajustado por Calidad; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; VM: Ventilación Mecánica; VRS: Virus Respiratorio Sincitial.

Fuentes: 1) https://2023.espidmeeting.org/wp-content/uploads/sites/19/2022/06/ESPID-2021-Abstracts-Book.pdf?_ga=2.81086677.330235157.1716450171-1758919564.1716450171; 2) <http://esalud.oblikue.com/index.asp>; 3) Sanchez-Luna M. BMC Infect Dis. 2017;17(1):687; 4) Moreno-Perez D. Influenza Other Respir Viruses. 2014;8(2):209-16; 5) Blanken MO. Eur J Pediatr. 2018;177(1):133-44; 6) Noorbakhsh KA. J Pediatr. 2023;256:11-17.e2; 7) <https://hotplusweb.farmacaceuticos.com/>; 8) <https://www.ssa.gov/benefits/retirement/planner/agereduction.html>; 9) <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10885>; 10) Ministerio de Trabajo y Economía Social. El salario y tiempo de Trabajo [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía Social; 2023 [cited 2024 May 23]. Available from: https://www.mites.gob.es/es/Guia/texto/guia_6/contenidos/guia_6_14_1.htm; 11) <https://www.boe.es/eli/es/res/2020/10/28/11>; 12) https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595; 13) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Nirsevimab.pdf>; 14) López-Bastida J. Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care. 2010;11(5):513-20; 15) <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10886>; 16) Paramore LC. PharmacoEconomics. 2004;22(5):275-84; 17) Widdowson MA. Pediatrics. 2007;119(4):684-97; 18) <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/notasInfor.htm>; 19) Mao Z. Vaccine. 2023;41(16):2707-15; 20) Li X. Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2023;26(4):508-18; 21) <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm>; 22) García A. Hum Vaccines Immunother. 2016;12(9):2269-77; 23) <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>; 24) Crépey P. PLoS One. 2020;15(5):e0233526.

Resultados


En lactantes, la **profilaxis universal con Nirsevimab**, en comparación con el SoP, **disminuye la aparición de eventos médicos** relacionados con el VRS, **reduce costes** y **aporta salud al SNS**:

	SoP	Nirsevimab	Incremental (SoP vs. Nirsevimab)
Nacimientos totales	323.547	323.547	-
Ingresos hospitalarios	12.415	4.278	-8.137
Hospitalizaciones	10.709	3.974	-6.735
Hospitalizaciones + UCI	1.371	489	-883
Hospitalizaciones + UCI + VM	335	115	-220
Visitas a AP	37.333	13.969	-91.698
Visitas al especialista	145.846	54.148	-12.609
Visitas a urgencias	20.284	7.675	-23.364
Muertes prematuras	16	7	-9
Costes			
Directos sanitarios totales	76.006.750 €	27.599.313 €	-48.407.437 €
Indirectos: Absentismo cuidadores	23.484.039 €	8.654.777 €	-14.829.261 €
Indirectos: Muertes prematuras	4.460.890 €	1.960.401 €	-2.500.489 €
Pérdida de AVACs en toda la cohorte (por paciente)	-2.108,728 (-0,061)	-801,543 (-0,038)	+1.307,184 (+0,023)

Resultados



Recordemos el **objetivo** de este trabajo: **"Estimar el precio de nirsevimab para que sea eficiente o incluso ahorro costes al SNS"**

- Con los resultados estimados por el modelo podemos estimar el RCUI del nirsevimab frente a SoP:
$$\text{RCUI} = \frac{(\text{Coste con Nirsevimab}) - (\text{Coste con el SoP})}{(\text{AVAC con Nirsevimab}) - (\text{AVAC con el SoP})}$$
- Adaptamos esta fórmula del RCUI para poder estimar el precio de nirsevimab:
$$\text{Coste con Nirsevimab} = [\text{RCUI} \times \Delta(\text{AVAC})] + (\text{Coste con el SoP})$$
 
- Sustituimos el RCUI por el umbral de DAP (precio máximo a pagar por dosis de nirsevimab a cambio de un AVAC): 0€/AVAC (dominante: ↑ resultados / ↓ costes), 22.000€/AVAC¹ y 30.000€/AVAC².
- Realizamos el análisis desde la perspectiva del SNS (costes directos) y desde una perspectiva social (costes directos + indirectos).

Por tanto, en base a los resultados anteriores, los **precios de nirsevimab** para la prevención universal frente a VRS, fueron

Umbral de DAP	Perspectiva del SNS	Perspectiva social
0 €/AVAC (Nirsevimab es dominante vs. SoP)	222,27 €	281,47 €
22.000 €/AVAC	320,52 €	379,72 €
30.000 €/AVAC	356,25 €	415,45 €

Se realizaron **análisis de sensibilidad** que confirmaron la robustez del modelo y sus resultados obtenidos (en caso de duda consultar el Anexo en Q&A).

Discusión & Conclusiones



Nirsevimab, en comparación con el SoP, **aporta salud a la población de lactantes** durante sus primeras temporadas de VRS: **Reduce ingresos hospitalarios**, incluyendo aquellos ingresos que requieren estancia en UCI y/o VM; y **reduce el número de visitas** a AP, al especialista y al servicio de urgencias.



Además, nirsevimab **reduce todos los costes asociados al manejo de la infección por VRS** en lactantes, **así como costes indirectos** derivados de la mortalidad prematura y/o absentismo de los cuidadores.



Por último, nirsevimab **evita la pérdida de AVACs**, mejorando la calidad de vida de los lactantes.

- ✓ El **precio máximo de nirsevimab** para ser una alternativa eficiente para umbrales de DAP entre 22.000€/AVAC – 30.000€/AVAC **oscilaría entre 321€ y 356€**.
- ✓ Además, **por debajo de 222€ una estrategia con nirsevimab ahorraría costes al SNS**. Es decir, la inversión en nirsevimab sería menor que los costes de los eventos médicos evitados (dominante).
- ✓ Considerando una **perspectiva social**, el precio de nirsevimab **oscilaría entre 281€ para ser dominante y 415€ para ser eficiente** ante un umbral de DAP de 30.000€/AVAC.





MÁLAGA

24-26 octubre 2024
(Precongreso 23-24 octubre)

XIII
CONGRESO
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE VACUNOLOGÍA

Las vacunas
en nuestras vidas



¡Muchas gracias por su atención!

Q&A: ¿Tienen alguna pregunta?

Financiación: Este proyecto ha sido financiado por Sanofi. Dicha entidad ha propuesto la composición de miembros del Comité Científico y ha asumido toda la remuneración. No se han realizado pagos relacionados con la autoría en esta Comunicación Oral. Los autores declaran que los resultados descritos en esta presentación, así como su análisis e interpretación, derivaron de la expresión libre de su opinión y del acuerdo de publicación como coautores y que no existen conflictos, tanto en la obtención como en la divulgación de dichos resultados. Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente estudio.

Conflicto de interés: RGP ha recibido honorarios por proyectos de investigación y *Advisory Boards* por parte de Sanofi, Pfizer, MSD, Moderna y Seqirus. JJP ha recibido honorarios por su asistencia a Congresos Científicos, presentaciones, participación en *Advisory Boards* y otros proyectos de investigación por parte de Sanofi. ADA, LP y JLLB son empleados de Sanofi. ACG y MAC son empleados de *Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia* (PORIB), una empresa consultora especializada en evaluación económica e investigación de resultados en salud, que ha recibido compensación económica por presentar apoyo metodológico para la realización de este proyecto.