



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2017-03bis**

***EL NOMOS DEL OIKOS Y EL LOGOS DEL ONCO.***

**Un diálogo complejo**

**Guillem López-Casasnovas**

**Catedrático del Departamento de Economía y Empresa**

**Universitat Pompeu Fabra**

**Barcelona**

 **Obra Social "la Caixa"**



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economia y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Obra Social “la Caixa”, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Obra Social “la Caixa” a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

**Barcelona, Febrero 2017**



***EL NOMOS DEL OIKOS Y EL LOGOS DEL ONCO. Un diálogo complejo***

**Guillem López Casasnovas**

El de la Oncología es previsiblemente el ámbito más complejo para los economistas de la salud aunque seguramente el más relevante hoy para el bienestar de nuestros enfermos.

Un campo menudo con una innovación marginal, sin por el momento disrupciones *breakthrough* suficientemente significativas en el binomio coste-efectividad. Pero en el camino de hacerlo, desde la eficacia y la seguridad primero, con el impacto esperado en la supervivencia más crucial para la humanidad. De ahí la relevancia de invertir hoy en favor de los beneficios de mañana y hacerlo con criterio selectivo, bastante priorizado, como para garantizar el máximo de los valores esperados en los resultados. Esta tarea la hacemos los economistas de la salud desde la valoración de los ratios de coste-beneficio (AVAC, años de vida ganados ajustados por calidad); ratios que en el campo de la Oncología son todavía hoy demasiado elevados. Además del cuestionamiento del coste-efectividad de muchos tratamientos, continúan a menudo sin armonizarse los criterios de autorización de una parte, y de financiación y cobertura por la otra, con las consecuencias que ello implica sobre el gasto, a pesar de los contratos de riesgo compartido, de resultados muy variables. Una evaluación publicada en un artículo reciente en el *Journal of Economic Perspectives* evidenció que los precios de los principales medicamentos contra el cáncer han crecido muy por encima de cualquier umbral razonable: en 1995 un grupo con los 58 fármacos principales contra el cáncer costaba alrededor de 54.000 \$ por cada año de vida ganado. El año 2013 estos fármacos tenían un coste de 207.000 \$ por cada año adicional de vida.

*Agradezco los comentarios de Carlos Campillo y JJ Nudillos a un borrador preliminar de este texto. Parte de estos argumentos fueron utilizados por el autor en la respuesta al Dr. Josep Taberner en su Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina el 26 de Febrero del 2017*

## Interfaz entre clínicos y economistas de la salud

Para enderezar toda esta tarea ingente contamos, no obstante, con la guía activa y recomendaciones de las grandes sociedades científicas: ASCO (en EE.UU.) y ESMO (a Europa), aunque con diferencias en la consideración de lo que entienden por costes, o lo que es lo mismo, entre dos maneras de entender la sanidad. Sin embargo, las dos sociedades buscan medidas de priorización basadas en el valor, el llamado *value-based pricing*, sea quien sea el financiador. Cabe decir que de momento las propuestas terminan en una financiación por 'silos' (silos), o espacios separados de financiación impermeabilizados de otras áreas de gasto. Se huye transitoriamente de ligar la evolución del coste de estos medicamentos al crecimiento del PIB de manera contraria a lo que ha firmado recientemente Farmaindustria con el Ministerio. Se acepta la restricción macroeconómica desde la óptica de las finanzas públicas, aunque no se cuida tras vincularla a una asignación micro, propia de la gestión clínica -que es la relevante-, y de la evolución del valor del medicamento innovador. Compartimentos de financiación, los de los 'silos', que generan siempre para los economistas de la salud suspicacias por los efectos horizontales provocados respecto de muchas otras áreas de la prestación sanitaria de igual o mayor valor. Sólo una tasa de descuento baja, a la espera de la innovación disruptiva, decisiva, puede justificar una estrategia como esta. Está pues en manos de los investigadores clínicos hacer efectiva esta aspiración.

Mientras tanto, en los sistemas sanitarios públicos como el nuestro, debería primar el ICER, el análisis coste-efectividad incremental, basado en la relación entre la diferencia en el costo y la variación en los beneficios de las intervenciones, los retos son mayúsculos. La definición de un umbral aceptable socialmente para este ICER se convierte en un foco importante de la política pública. En la actualidad, no existe un criterio uniforme, transversal para todas las prestaciones de los sistemas de salud, de cuál es o debe ser la disposición social a financiar un año de vida ganado ajustado por calidad. Sin embargo, en muchos países, están estableciendo explícita e implícitamente estos límites, lo que incide en la elección del paciente y en el racionamiento de la atención médica.

Por el propósito anterior, tal como define la ASCO, los métodos de evaluación del valor varían según el país, el sistema de atención de la salud, la enfermedad y la población

de pacientes. La definición de valor generalmente aceptada mide los resultados obtenidos por unidad de gasto monetario. El Instituto de Medicina estadounidense (IOM) ha identificado seis elementos para una prestación de calidad: seguridad, eficacia, tratamientos centrados en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad. Mediante una *Task Force* de ASCO, el IOM ha optado por definir el valor en el tratamiento del cáncer, haciendo hincapié en tres elementos críticos articulados: el beneficio clínico (eficacia), la toxicidad (seguridad), y los costes (eficiencia). Estos elementos se miden más fácilmente y sirven los tres para verificar la evidencia médica de alta calidad, preocupación fundamental en la misión del buen oncólogo. La centralidad del paciente, la puntualidad de la terapia y la equidad en el acceso a la atención del cáncer también son elementos esenciales de una atención de calidad, aunque no son tan fáciles de medir y sólo en raras ocasiones se presentan en los resultados de los ensayos clínicos.

Se reconocen por parte de la ASCO las métricas para medir el valor en la asistencia las contribuciones de una serie de metodologías propuestas por economistas de la salud para priorizar el valor de los tratamientos médicos. Dos métricas comúnmente utilizadas son los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los coeficientes de coste-efectividad incrementales (ICER).

Un AVAC es una medida de la carga de la enfermedad, incluyendo tanto la calidad como la cantidad de vida que se vive. Los AVAC pueden proporcionar así una indicación de los beneficios obtenidos a partir de los procedimientos médicos en términos de calidad de vida y supervivencia, y se utilizan a menudo en los análisis de coste-efectividad para evaluar y comparar el valor de tratamientos específicos para la asignación de recursos en los sistemas de salud para una priorización cuando aquéllos son limitados. Una intervención con una proporción menor del coste para el AVAC sería preferible a una intervención con un cociente más alto.

Aunque el AVAC puede adaptarse para la toma de decisión individual, no es la finalidad para la que se utiliza más comúnmente. Hay limitaciones significativas en la aplicación de los AVAC, ya que las personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes

preferencias por un estado de salud. Por ejemplo, un individuo con cáncer avanzado puede preferir la duración de la supervivencia global por encima de todo, mientras que otro puede ver la minimización de los síntomas como la más alta prioridad. Todas estas cuestiones son relevantes en la perspectiva de los sistemas sanitarios de mercado, y como veremos no entran o entran muy poco, tal como las considera la ESMO. Sin embargo se propone en estos sistemas que los pacientes reciban una explicación completa de sus probables costes a su cargo en base a las características del programa de seguro médico. En la toma de decisiones clínicas entre médico y paciente, el coste directo para el paciente es claramente más importante.

Y es que la evaluación económica ha llegado a la política sanitaria para quedarse. Tal y como reconoce la misma ESMO, el coste es un componente clave en la evaluación del valor. La *European Society of Medical Oncology* pide así que los oncólogos sean conscientes del valor de una intervención también en términos de su coste social, por lo que el valor de cualquiera estrategia nueva o tratamiento terapéutico se determina por la magnitud de su beneficio clínico equilibrado contra su coste. La necesidad de dar cuenta de los costes actuales que genera el cáncer en toda Europa fuerza por tanto a incluir los ingresos perdidos tras la muerte temprana y los costes asociados con las personas que han dejado el empleo debido a la enfermedad, así como los costes de atención informales.

En cuanto al valor de los tratamientos, la evidencia del beneficio clínico de nuevas opciones terapéuticas se deriva de la investigación clínica, en particular, la fase III de ensayos aleatorios, que generan datos no sesgadas respecto a la eficacia, el beneficio y la seguridad de nuevos enfoques e indicaciones, aunque con limitaciones. Hoy por hoy, no existe una herramienta normalizada para la clasificación de la magnitud del beneficio clínico de terapias contra el cáncer, que pueden ir desde valores triviales (ventaja media en la supervivencia libre de progresión de la enfermedad de sólo unas pocas semanas) a valores sustanciales (mejora de la supervivencia a largo plazo). Por esta razón se está proponiendo desde la ESMO una Magnitud de Escala beneficio clínico (ESMO-MCBS) para derivar una clasificación relativa de la cuantía del beneficio



clínicamente significativo que se puede esperar de un nuevo tratamiento contra el cáncer.

Remarcamos también que en los tratamientos en los que se identifican recidivas, es necesario acotar mejor el tiempo en el que se considera si el tratamiento es realmente efectivo (los *end points*) y establecer un criterio de cómo se deben considerar las comorbilidades asociables a sus diferentes formas de supervivencia. Y siempre recordando que las presentaciones que valoran los beneficios de los tratamientos deben hacerse no en términos de tasas de éxito sino de niveles. Un beneficio doble tiene significación diferente si hablamos de tres semanas de supervivencia que de tres años, además de la calidad de vida de este tiempo ganado. De otro modo las interpretaciones pueden acabar siendo engañosas y avalar a aquellos economistas de la salud que piensan que en nuestro país los tratamientos oncológicos "viven" en un silo, ajenos a algunas de las restricciones financieras que sufren muchos otros tratamientos menos perceptibles y no menos eficaces y seguros.

Para ello se requiere que el análisis del coste-efectividad incremental sea transversal entre todos los tipos de tratamientos, en consideración de resultados de salud y no simplemente de la extensión de la supervivencia, y más cuando esta extensión se refleja aún hoy en muchos nuevos medicamentos de beneficios marginales.

Un ejemplo reciente de lo que digo lo muestra la evaluación del *National Institute for Health and Clinical Excellence* inglés (NICE, por sus siglas) del tratamiento prematuro con abiraterona para el cáncer de próstata, el cual fue rechazado vista la relación coste-efectividad estimada sobre la base de su precio actual. Independientemente de la popularidad de este resultado, las decisiones sobre la base de las relaciones coste-valor se deben hacer y deben ser defendidos.

En el escenario mencionado, sin duda, la medicina de precisión debe aumentar la eficacia de los tratamientos. En esto los investigadores merecéis un trocito de cielo. No obstante, debemos preocuparnos todos juntos de cómo se puede traducir esta mayor eficacia -en situación de laboratorio- en una mayor efectividad de la gestión clínica, en el mundo real. Cómo internalizar la medicina personalizada a profesionales

proletarizados, digamos, en el estatuto público, y en sistemas como el nuestro, en los que la medicina más personalizada en el mejor de los casos será probablemente 'estratificada', por grupos y con protocolos.

Esperamos siempre, sin perder la precisión, de que el conocimiento científico pone al alcance.

Y es que para el analista "lost in translation", en la copla de los factores sociales determinantes de la salud, suficientemente percibidos con la crisis, se junta ahora la sinfonía de los "determinantes genéticos". ¿Es quizás la *epi* de la epigenética el puente que puede dar coherencia a lo que de otro modo se configuran como dos mundos aparte?

Valoramos también que en el nuevo contexto de tratamientos personalizados, a la carta, no siempre financiados por el sector público al completo, es probable que se amplíe la brecha de desigualdades sociales en salud; lo que fuerza a que nos preguntamos cuál debería ser la financiación adecuada de estos nuevos procesos. Aquí la respuesta es más social que estrictamente económica, pero hay que hacer la reflexión pertinente ya que, entre otros, esto afecta a la manera de cómo financiar la investigación y la implementación que deban tener las innovaciones que se deriven.

En resumen, en la Oncología se hace más difícil que ningún otro ámbito de la salud sacar de la mochila del instrumental de la ciencia lúgubre, la Economía, para poner los pies en el suelo e interrogarnos cómo será todo este progreso sostenible. En particular, en un contexto en que es constatable que el conocimiento es cada vez más global (desde *Nature* en los medios hasta el *Lancet*, en la mesa de muchos profesionales), pero siendo las restricciones (presupuestarias, de gestión) locales. El diálogo entre el nomos del oikos y el logos del onco es así tan necesario como complejo.



**CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):**  
<https://www.upf.edu/cres/>

