



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Col·lecció Health Policy Papers
2017 – 03

EL NOMOS DE L'OIKOS I EL LOGOS DE L'ONCO.

Un diàleg complex

Guillem López-Casasnovas
Catedràtic del Departament d'Economia i Empresa
Universitat Pompeu Fabra

Barcelona

 **Obra Social "la Caixa"**

La Col·lecció Policy Papers, engloba una sèrie d'articles, en Economia de la Salut i Política Sanitària, realitzats i seleccionats per investigadors del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Col·lecció Policy Papers s'emmarca dins d'un conveni subscrit entre la UPF i l'Obra Social "la Caixa", entre les activitats es contempla el suport no condicionat de l'Obra Social "la Caixa" a la divulgació d'estudis i treballs de recerca del CRES-UPF.

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Febrer 2017

EL NOMOS DE L 'OIKOS I EL LOGOS DE L'ONCO. Un diàleg complex

Guillem López i Casasnovas

El de l'Oncologia és previsiblement l'àmbit més complex per als economistes de la salut tot i que segurament el més rellevant avui per al benestar dels nostres malalts. Un camp sovint amb una innovació marginal, sense per el moment encara disruptcions *breakthroughs* prou significatives en el binomi cost-efectivitat. Però en el camí de fer-ho, des de l'eficàcia i la seguretat primer, amb l' impacte esperat en la supervivència més crucial per a la humanitat. D'aquí la rellevància de invertir avui en favor dels beneficis de demà i fer-ho amb criteri selectiu, prou prioritzat, com per garantir el màxim dels valors esperats en el resultats.

Aquesta tasca la fem els economistes de la salut des de la valoració dels ratis de cost/benefici (AVACs, anys de vida guanyats ajustats per qualitat); ratis que en el camp de l'Oncologia son encara avui massa elevats. A més del qüestionament del cost-efectivitat de molts tractaments, continuen sovint sense harmonitzar els criteris d'autorització d'una part, i de finançament i cobertura per l'altre, amb les conseqüències que això implica sobre la despesa, tot i els contractes de risc compartit, de resultats molt variables. Una avaluació publicada a un article recent al *Journal of Economic Perspectives* va evidenciar que els preus dels principals medicaments contra el càncer han crescut molt per sobre de qualsevol llindar raonable: el 1995 un grup amb els 58 fàrmacs principals contra el càncer costava al voltant de 54.000 \$ per cada any de vida guanyat. L'any 2013 aquests fàrmacs tenien un cost de 207.000 \$ per cada any addicional de vida.

Agraeixo els comentaris de Carlos Campillo i JJ Artells a un esborrany preliminar d'aquest text. Part d'aquests arguments foren utilitzats per l'autor en la resposta al Dr. Josep Tabernero en el seu Discurs de ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina el 26 de Febrer del 2017.

Interfaç entre clínics i economistes de la salut

Per a redreçar tota aquesta tasca ingent comptem, però, amb la guia activa i recomanacions de les grans societats científiques: ASCO (als EE.UU.) i ESMO (a Europa), tot i que amb diferències en la consideració del que entenen per costos, o el que és el mateix, entre dues maneres d'entendre la sanitat. De facto, però, les dues societats busquen mesures de prioritització basades en el valor, l'anomenat *value-based pricing*, sigui qui sigui el finançador. Val a dir però que de moment les propostes acaben en un finançament per 'sils' (sitjes), o espais separats de finançament impermeabilitzats d'altres àrees de despesa. Es fuig transitòriament de lligar l'evolució del cost d'aquests medicaments al creixement del PIB de manera contrària al que ha signat recentment Farmaindustria amb el Ministerio. S'accepta la restricció macroeconòmica des de l'òptica de les finances públiques tot i que no es te cura després de vincular-la a una assignació micro, pròpia de la gestió clínica -que és la rellevant-, i de l'evolució del valor del medicament innovador. Compartiments de finançament, els dels 'sils' que generen sempre per als economistes de la salut suspicàcies pels efectes horitzontals provocats respecte de moltes altres àrees de la prestació sanitària de igual o més valor. Només una taxa de descompte baixa, a l'espera de la innovació disruptiva, decisiva, pot justificar una estratègia com aquesta. Està doncs en mans dels recercadors clínics fer efectiva aquesta aspiració.

Mentrestant, en els sistemes sanitaris públics com el nostre, hauria de primar l'ICER, l'anàlisi cost-efectivitat incremental, basat en la relació entre la diferència en el cost i la variació en els beneficis de les intervencions, els reptes son majúsculs. La definició d'un llindar acceptable socialment per aquest ICER esdevé un focus important de la política pública. En l'actualitat, no existeix un criteri uniforme, transversal per a totes les prestacions dels sistemes de salut, de quina és o ha de ser la disposició social a finançar un any de vida guanyat ajustat per qualitat. No obstant això, en molts països, s'estan establint explícita i implícitament aquells límits, fet que incideix en l'elecció del pacient i en el racionament de l'atenció mèdica.

Pel propòsit anterior, tal com defineix l'ASCO, els mètodes d'avaluació del valor varien segons el país, el sistema d'atenció de la salut, la malaltia i la població de pacients. La definició de valor generalment acceptada mesura els resultats obtinguts per unitat de despesa monetària. L'Institut de Medicina americana (IOM) ha identificat sis elements per a una prestació de qualitat: seguretat, eficàcia, tractaments centrats en el pacient, oportunitat, eficiència i equitat. Mitjançant una *Task Force* d'ASCO, l'IOM ha optat per definir el valor en el tractament del càncer, posant l'accent en tres elements crítics articulats: el benefici clínic (eficàcia), la toxicitat (seguretat), i els costos (eficiència). Aquests elements es mesuren més fàcilment i serveixen els tres per verificar l'evidència mèdica d'alta qualitat, preocupació fonamental a la missió del bon oncòleg. La centralitat del pacient, la puntualitat de la teràpia i l'equitat en l'accés a l'atenció del càncer també són elements essencials d'una atenció de qualitat, tot i que no són tan fàcils de mesurar i només en rares ocasions es presenten en els resultats dels assajos clínics.

Es reconeixen per part de l'ASCO les mètriques per mesurar el valor en l'assistència les contribucions d'una sèrie de metodologies proposades per economistes de la salut per prioritzar el valor dels tractaments mèdics. Dos mètriques comunament utilitzades són els anys de vida ajustats per qualitat (AVAC) i els coeficients de cost-efectivitat incrementals (ICERs).

Un AVAC és una mesura de la càrrega de la malaltia, incloent tant la qualitat com la quantitat de vida que es viu. Els AVAC poden proporcionar així una indicació dels beneficis obtinguts a partir dels procediments mèdics en termes de qualitat de vida i supervivència, i s'utilitzen sovint en les anàlisis de cost-efectivitat per tal d'avaluar i comparar el valor de tractaments específics per a l'assignació de recursos en els sistemes de salut per una priorització quan aquells són limitats. Una intervenció amb una proporció menor del cost per a l'AVAC seria preferible a una intervenció amb un quocient més alt.

Tot i que l'AVAC pot adaptar-se per a la presa de decisió individual, no és la finalitat per a la qual s'utilitza més comunament. Hi ha limitacions significatives a l'aplicació dels AVAC, ja que les persones amb la mateixa malaltia poden tenir diferents preferències per un estat de salut. Per exemple, un individu amb càncer avançat pot

preferir la durada de la supervivència global per sobre de tot, mentre que un altre pot veure la minimització dels símptomes com la més alta prioritat. Totes aquestes qüestions són rellevants en la perspectiva dels sistemes sanitaris de mercat, i com veurem no entren o entren molt poc, tal com les considera la ESMO. Tanmateix es proposa en aquests sistemes que els pacients rebin una explicació completa dels seus probables costos al seu càrrec en base a les característiques del programa d'assegurança mèdica. En la presa de decisions clíniques entre metge i pacient, el cost directe per al pacient és clarament més important.

I és que l'avaluació econòmica ha arribat a la política sanitària per a quedar-se. Tal com reconeix la mateixa ESMO, el cost és un component clau de l'avaluació del valor. La *European Society of Medical Oncology* demana així que els oncòlegs siguin conscients del valor d'una intervenció també en termes del seu cost social, de manera que el valor de qualsevol nova estratègia o tractament terapèutic es determina per la magnitud del seu benefici clínic equilibrat contra el seu cost. La necessitat de donar compte dels costos actuals que genera el càncer a tot Europa força per tant a incloure els ingressos perduts després de la mort primerenca i els costos associats amb les persones que han deixat l'ocupació a causa de la malaltia, així com els costos d'atenció informals.

Pel que fa al valor dels tractaments, l'evidència de benefici clínic de noves opcions terapèutiques es deriva de la investigació clínica, en particular, la fase III d'assajos aleatoris, que generen dades no esbiaixades respecte a l'eficàcia, el benefici i seguretat de nous enfocaments i indicacions, tot i que amb limitacions. Ara per ara, no existeix una eina normalitzada per a la classificació de la magnitud del benefici clínic de teràpies contra el càncer, que poden anar des de valors trivials (mitjana avantatge en la supervivència lliure de progressió de la malaltia de només unes poques setmanes) a valors substancials (millora de la supervivència a llarg termini). Per aquesta raó s'està proposant des de la ESMO una Magnitud d'Escala benefici clínic (ESMO-MCBS) per a derivar una classificació relativa de la quantia del benefici clínicament significatiu que es pot esperar d'un nou tractament contra el càncer.

Remarquem també que en els tractaments en els quals s'identifiquen recidives, cal acotar millor el temps en el que es considera si el tractament és realment efectiu (els *end points*) i establir un criteri de com s'han de considerar les comorbiditats associables a les seves diferents formes de supervivència. I sempre recordant que les presentacions que valoren els beneficis dels tractaments s'han de fer no en termes de taxes d'èxit sinó de nivells. Un benefici doble té significació diferent si parlem de tres setmanes de supervivència que de tres anys, a banda de la qualitat de vida d'aquest temps guanyat. Altrament les interpretacions poden acabar sent enganyoses i avalar aquells economistes de la salut que pensen que al nostre país els tractaments oncològics "viuen" en una sitja, aliens a algunes de les restriccions financeres que pateixen molts altres tractaments menys visualitzables i no menys eficaços i segurs. Per això es requereix que l'anàlisi del cost efectivitat incremental sigui transversal entre tots els tipus de tractaments, en consideració de resultats de salut i no simplement de l'extensió de la supervivència, i més quan aquesta extensió es reflecteix encara avui en molts nous medicaments de beneficis marginals.

Un exemple recent del que dic ho mostra l'avaluació del *National Institute for Health and Clinical Excellence* anglès (NICE, per les seves sigles) del tractament prematur amb abiraterona per al càncer de pròstata, el qual va ser rebutjat vista la relació cost-efectivitat estimada sobre la base del seu preu actual. Independentment de la popularitat d'aquest resultat, les decisions sobre la base de les relacions cost-valor s'han de fer i han de ser defensats.

En l'escenari esmentat, sens dubte, la medicina de precisió ha d'augmentar l'eficàcia dels tractaments. En això els investigadors mereixen un trosset de cel. No obstant, ens hem de preocupar tots plegats de com es pot traduir aquesta major eficàcia -en situació de laboratori- en una major efectivitat de la gestió clínica, en el món real. Com internalitzarem la medicina personalitzada a professionals proletaritzats, diguem, en l'estatut públic, i en sistemes com el nostre, en els que la medicina més personalitzada en el millor dels casos serà probablement 'estratificada', per grups i amb protocols. Esperem sempre sense perdre la precisió que el coneixement científic posa a l'abast.

I és que per a l'analista "*lost in translation*", a la cobla dels factors socials determinants de la salut, suficientment percebuts amb la crisi, s'ajunta ara la simfonia dels "determinants genètics". ¿És potser la *epi* de l'epigenètica el pont que pot donar coherència al que altrament es configuren com a dos mons a part?.

Valorem també que en el nou context de tractaments personalitzats, a la carta, no sempre finançables pel sector públic al complet, és probable que s'ampliï la bretxa de desigualtats socials en salut; fet que força a que ens preguntem quin hauria de ser el finançament adequat a aquests nous processos Aquí la resposta és més social que estrictament econòmica però cal fer la reflexió pertinent per que entre d'altres, això afecta a la manera de com finançar la investigació i la implementació que hagin de tenir les innovacions que se'n derivin.

En resum, a l'Oncologia es fa més difícil que cap altre àmbit de la salut treure de la motxilla l'instrumental de la ciència lúgubre, l'Economia, per a posar els peus a terra i interrogar-nos com serà tot aquest progrés sostenible. En particular, en un context en què és constatable que el coneixement és cada vegada més global (des de *Nature* en els mitjans fins al *Lancet* a la taula de molts professionals), però sent les restriccions (pressupostàries, de gestió) locals. El diàleg entre el nomos del oikos i el logos de l'onco és així tant necessari com complex.

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):

<https://www.upf.edu/cres/>

