

5ª Jornada Regional Economía de la Salud

“Retos de la financiación sanitaria y
evaluación económica en salud”

Evaluación económica de fármacos oncológicos: ¿un caso especial?

Fernando Ignacio Sánchez Martínez

Departamento de Economía aplicada. Universidad de Murcia

Grupo de Trabajo en Economía de la Salud



Murcia, 5 de noviembre de 2013



Índice/Contenidos

- A modo de prólogo: las reglas de la evaluación económica.
- La excepción a la regla: los criterios *End of Life* del NICE británico (y el Cancer Drugs Fund).
- ¿Existen argumentos teóricos para la excepción?
- ¿Desea la sociedad otorgar prioridad a los tratamientos oncológicos?
- Lecciones de la experiencia del NICE.
- A modo de epílogo: La evaluación económica de fármacos oncológicos en España.

A modo de prólogo: las reglas de la evaluación económica

- La evaluación económica (EE)
 - Compara dos o más alternativas (fármacos, tratamientos, programas, tecnologías sanitarias en general).
 - Analiza comparativamente los costes y los resultados.
 - Existen diferentes tipos de EE “completa” (AMC, ACE, ACU, ACB), pero no todas sirven para tomar decisiones sobre asignación de recursos.
 - El ACU utiliza como unidad de medida de la efectividad (ganancia en salud) los *Años de vida ajustados por la calidad* (AVAC o QALYs) y su resultado final es la *ratio coste-efectividad incremental* (RCEI o ICER): coste adicional por cada AVAC ganado.

A modo de prólogo: las reglas de la evaluación económica

- Los AVAC se obtienen ponderando el tiempo (T) que un paciente pasa en un determinado estado de salud (Q), por la **utilidad** o satisfacción que reporta dicho estado al paciente.
 - Las “ponderaciones” o utilidades (**U**) son representaciones numéricas (medidas cardinales) de la intensidad de preferencias.
 - Integra en un solo número, cantidad y calidad de vida.

- Si no cambia la salud a lo largo del tiempo (estado crónico):

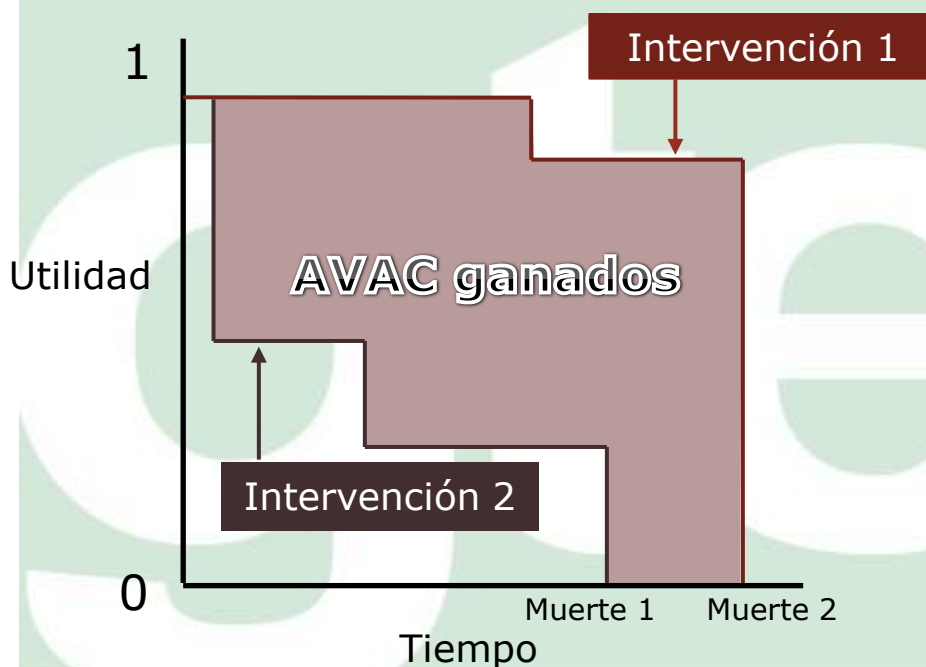
$$AVAC = T \times U(Q)$$

- Si la salud cambia a lo largo del tiempo (perfil de salud temporal).

$$AVAC = \sum [T_i \times U(Q_i)]$$

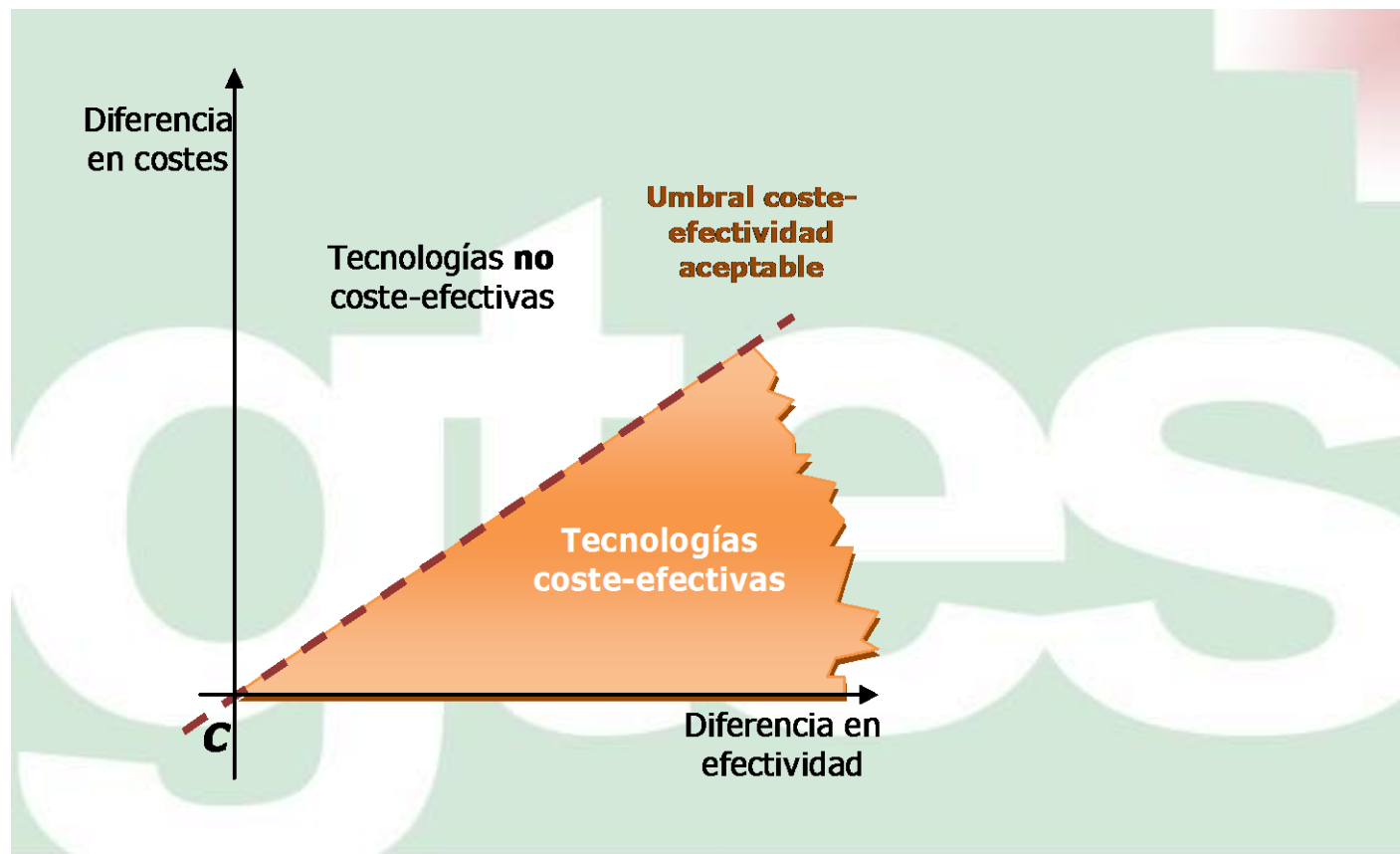
A modo de prólogo: las reglas de la evaluación económica

- Ejemplo con perfiles de salud temporales:
 - Intervención 1: mayor calidad de vida durante más años.
 - Intervención 2: menor calidad de vida durante menos tiempo.



A modo de prólogo: las reglas de la evaluación económica

- Reglas de decisión: el umbral coste-efectividad



A modo de prólogo: las reglas de la evaluación económica

- ¿Qué umbral?

País	Autores	Umbral RCEI
<i>Rango de umbrales explícito</i>		
Reino Unido	NICE	£20.000 - £30.000 por AVAC
<i>Valores de umbral implícitos, basados en decisiones pasadas sobre asignación de recursos</i>		
Australia	Henry et al. y PBAC	AUS\$69.900 por AVAC
Nueva Zelanda	Pritchard et al. y PHARMAC	NZ\$20.000 por AVAC
Canadá	Rocchi et al. y el CDR	Rango de aceptación: Dominante - CAN\$80.000 por AVAC Rango de rechazo: CAN\$31.000 - CAN\$137.000 por AVAC
<i>Valores de umbral propuestos por individuos o instituciones</i>		
Estados Unidos	Weinstein	\$50.000 por AVAC
Estados Unidos	Braithwaite et al.	\$109.000-\$297.000 por AVAC
Países Bajos	Consejo de Salud Pública y Sanidad	€80.000 por AVAC
Canadá	Laupacis et al.	CAN\$20.000 – CAN\$100.000 por AVAC

Fuente: Cleemput, et al. (2008).

La excepción a la regla: los criterios *end of life* del NICE (y el CDF)

- Appraising life-extending, end of life treatments. Public Consultation. 2008.
 - "... rechazar tratamientos que garantizan una mayor supervivencia sobre la base de argumentos de coste-efectividad no es aceptable ...".
 - "... los actuales métodos económicos del NICE puede que no capten completamente el valor que supone mejorar la supervivencia cuando los individuos tienen una esperanza de vida corta".
- Departing from the threshold. Report on NICE Citizens Council Meeting. 2008.
 - ¿En qué circunstancias debería el NICE recomendar tratamientos en los que el coste/AVAC supera el umbral de £30.000?
 - Nunca (7%); cuando se trate de intervenciones que salvan vidas (83%); en casos de enfermedades muy graves (**72%**); cuando el tratamiento impulsa la innovación (72%); cuando no se dispone de terapias alternativas (66%); en el caso de terapias que alarguen la vida (**34%**).

La excepción a la regla: los criterios *end of life* del NICE (y el CDF)

- Los criterios *End-of-Life* del NICE
 - La esperanza de vida de los pacientes es reducida (< 24 meses).
 - El tratamiento ofrece un beneficio “sustancial” (Δ supervivencia > 3 meses).
 - El tratamiento está indicado para un grupo de pacientes relativamente reducido (generalmente < 7.000 pacientes).
 - La ratio coste-efectividad (RCEI) del tratamiento supera el umbral de £30.000.
 - La evaluación bajo los criterios EoL: El Comité considerará:
 - El impacto que conlleva suponer que las ganancias en supervivencia se disfrutan con perfecta salud: $U(Q)=1$.
 - La ponderación adicional necesaria para que la RCEI resultante no supere el umbral de £30.000/AVAC .
 - Además los comités se asegurarán de que (1) las estimaciones de supervivencia son robustas y se pueden inferir de la supervivencia libre de progresión (FPS) o de la supervivencia global (OS), y (2) los supuestos del modelo económico son objetivos.
- ❖ Cancer Drugs Fund (2011): £200 millones de libras/año (prorrogado a 2016).

✓ “...es posible que la sociedad valore más las mejoras en la salud de los pacientes con cáncer, que las mejoras en pacientes con otras patologías, siendo todo lo demás igual.”

¿Existen argumentos teóricos para la excepción?

- Limitaciones de los métodos de EE (Garau et al. 2010):
 1. La medida habitual de la calidad de vida (EQ-5D) no es adecuada
 - No incluye dimensiones (vitalidad/energía/fatiga) importantes en los pacientes con cáncer; el número de niveles (3) es reducido.
 - Hay solución: otros instrumentos de medida (EQ-5D-5L; SF-6D; ...).
 2. Las utilidades de las 'tarifas' derivan de las preferencias de la población general, no de los pacientes
 - Las preferencias son distintas. El punto de referencia es importante: una pequeña ganancia de salud puede ser muy relevante si el punto de partida es muy malo.
 3. El método de cálculo de las utilidades (TTO) asume linealidad en la función de utilidad.
 - Este supuesto es falso cuando la esperanza de vida es corta.
- La cuestión clave: **es posible que el beneficio de un tratamiento no sea proporcional al número de AVAC ganados.**



¿Existen argumentos teóricos para la excepción?

1. La perspectiva individual

- Puede que una persona valore más una mejora en la salud si le queda poco tiempo de vida (Becker et al. 2007).
 - a) El coste de oportunidad del dinero: Un paciente con muy mala salud podría estar dispuesto a pagar mucho por mejorarla (p.ej. por aumentar su supervivencia).
 - b) El valor de la esperanza: mejorar la expectativa de vida futura hace que aumente la calidad de vida en el presente (¿recogido en los AVAC?).
 - “Valor de opción”: posibilidad de acceder a nuevas tecnologías por desarrollar.
 - c) El valor de las ganancias en supervivencia puede que dependa de la expectativa de vida total: El valor de un aumento en la supervivencia depende de su magnitud en términos absolutos y en términos relativos.
 - Evidencia empírica: el valor de un año de vida es mayor cuanto menos años quedan por vivir (Krupnick et al. 2002), Alberini et al. 2004, Johansson-Stenman & Martinsson, 2008, Jones-Lee et al. 2007).

¿Existen argumentos teóricos para la excepción?

2. La perspectiva social

- La sociedad puede valorar más una mejora en la salud de quienes tienen una esperanza de vida corta.
 - a) El argumento de la gravedad: Se debe dar prioridad en la asistencia sanitaria a los enfermos más graves aunque ello implique sacrificar ganancias de salud agregadas.
 - Evidencia empírica: Nord (1993; 1995), Dolan (1998), Ubel et al. (1998), Cookson & Dolan (1999).
 - b) El criterio del potencial de salud: Se ha de dar igual prioridad a programas que proporcionan la mejor ganancia de salud posible para distintos pacientes, aunque los “techos” de salud sean distintos y eso conlleve ganancias agregadas dispares.
 - c) La regla del déficit proporcional (*proportional shortfall*): Priorizar en función de la cantidad de AVAC que un paciente pierde en proporción con la expectativa de AVAC de una persona con salud normal.
 - Evidencia empírica: Stolk et al. (2005).

¿Desea la sociedad otorgar prioridad a los pacientes oncológicos?

- La opinión de los profesionales
 - Gestores, médicos y personal de enfermería muestran una elevada disposición a pagar (DAP) por un tratamiento para el cáncer que necesitaran ellos mismos o sus familiares. La DAP es mayor cuando la perspectiva es social. [Morris y Perez, 2000].
 - La mayoría de los oncólogos afirma que los pacientes deberían acceder a tratamientos efectivos con independencia de su coste. Sus umbrales coste-efectividad implícitos en torno a los \$300.000/AVAC. [Nadler et al., 2006].
 - Directores médicos y de farmacia sobre-estiman los costes e infra-estiman la supervivencia asociada con algunos medicamentos oncológicos. Las ratios coste-efectividad implícitas en sus respuestas rondan los \$170.000/AVAC. [Nadler et al., 2009]
 - Los oncólogos valoran más los tratamientos que prolongan la vida que los que mejoran la calidad de vida. Las ratios coste-efectividad se sitúan entre \$200.000/AVAC y \$250.000/AVAC. [Kozminski et al., 2011].
- **Los profesionales (al menos, los norteamericanos) tienen interiorizados umbrales coste-efectividad muy superiores a los del NICE.**

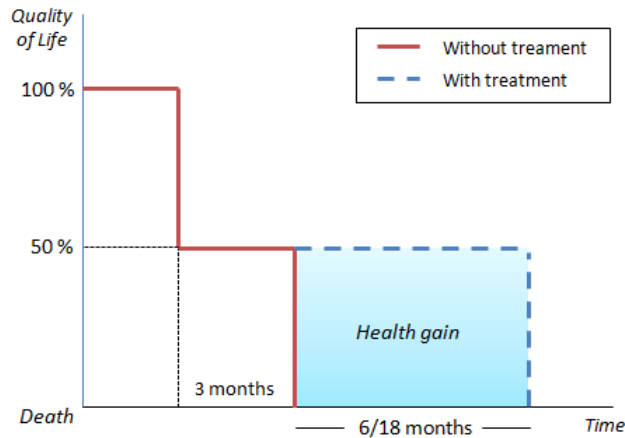
¿Desea la sociedad otorgar prioridad a los pacientes oncológicos?

- Las preferencias de la población (Reino Unido)
 - Linley & Hughes (2012):
 - Solo un 34% (31%) de los encuestados se mostró a favor de conceder prioridad a pacientes con una esperanza de vida reducida (con cáncer), en ausencia de otras diferencias.
 - **Lectura alternativa:** El porcentaje de encuestados que otorgaría prioridad a los pacientes *end of life* (oncológicos) multiplica por 2 (por 5) al de quienes darían prioridad a los no terminales (con otra patología letal).
 - Shah et al. (2013):
 - Hallan evidencia débil de que la gente desee priorizar los tratamientos de pacientes *end of life* frente al resto de tratamientos.
 - Encuentran evidencia robusta de que, en el caso de pacientes *end of life*, la población prefiere priorizar los tratamientos que mejoran la calidad de vida frente a los tratamientos que prolongan la vida.

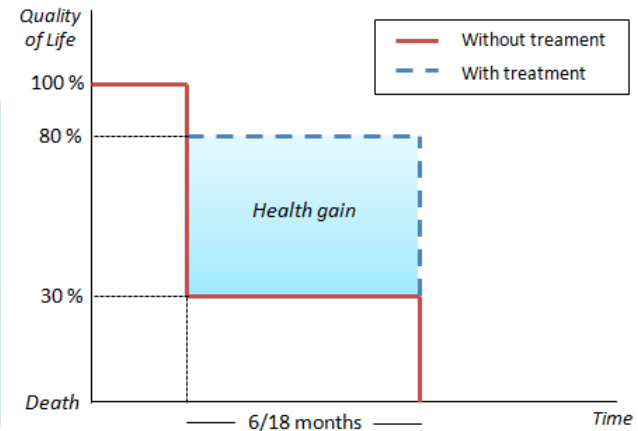
¿Desea la sociedad otorgar prioridad a los pacientes oncológicos?

- Las preferencias de la población (España). Pinto, Sánchez y Corbacho (2011), Pinto, Sánchez, Baker y Corbacho (*en prensa*):
 - Con una muestra representativa de la población española (n=812) tratamos de responder a dos cuestiones:
 - ¿Están las personas dispuestas a pagar más por tratamientos en situaciones terminales (perspectiva individual)?
 - ¿Tiene la población una preferencia por tratar a los pacientes terminales (perspectiva social)?
 - Comparamos tres formas de ganar salud (con dos duraciones: 6 y 18 meses):
 - Aumento en la supervivencia en situación terminal.
 - Mejora en la calidad de vida en situación terminal.
 - Mejora en la calidad de vida de carácter temporal.
 - Utilizamos dos métodos de valoración:
 - Disposición a pagar (perspectiva individual).
 - Elecciones entre pacientes (perspectiva social).

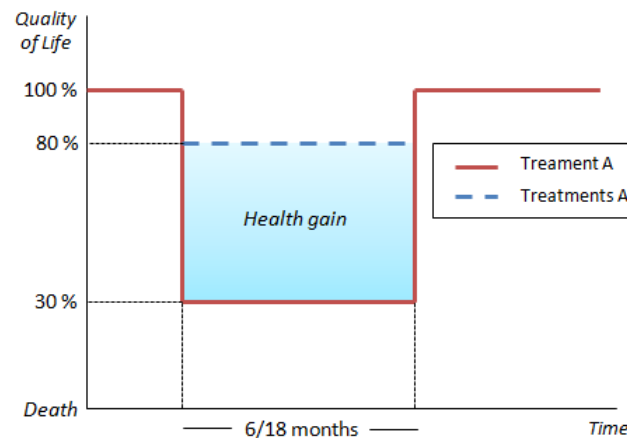
¿Desea la sociedad otorgar prioridad a los pacientes oncológicos?



End of life – life extending scenarios



End of life – palliative care scenarios

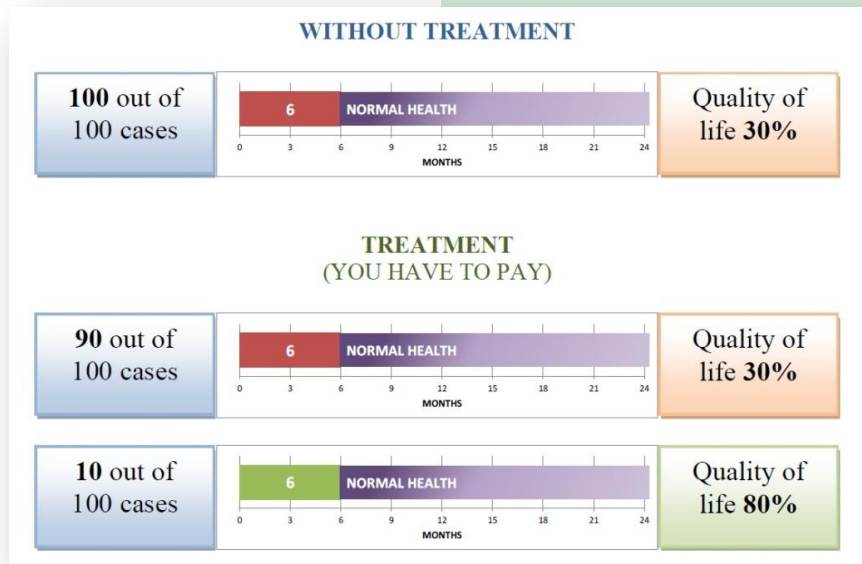


Temporary health benefit scenarios

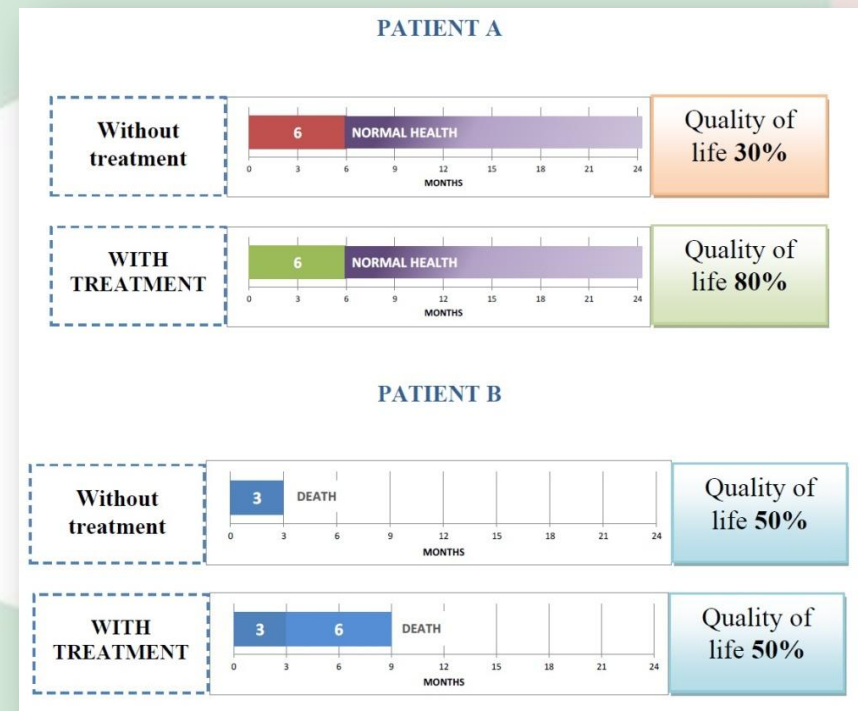
¿Desea la sociedad otorgar prioridad a los pacientes oncológicos?

- Ejemplos de ayudas visuales:

Pregunta DAP: Escenario 5 (Beneficio temporal 6 meses)



Pregunta PTO: Escenario 6 (Beneficio temporal 18 meses) vs. Escenario 2 (Ganancia de supervivencia 18 meses)



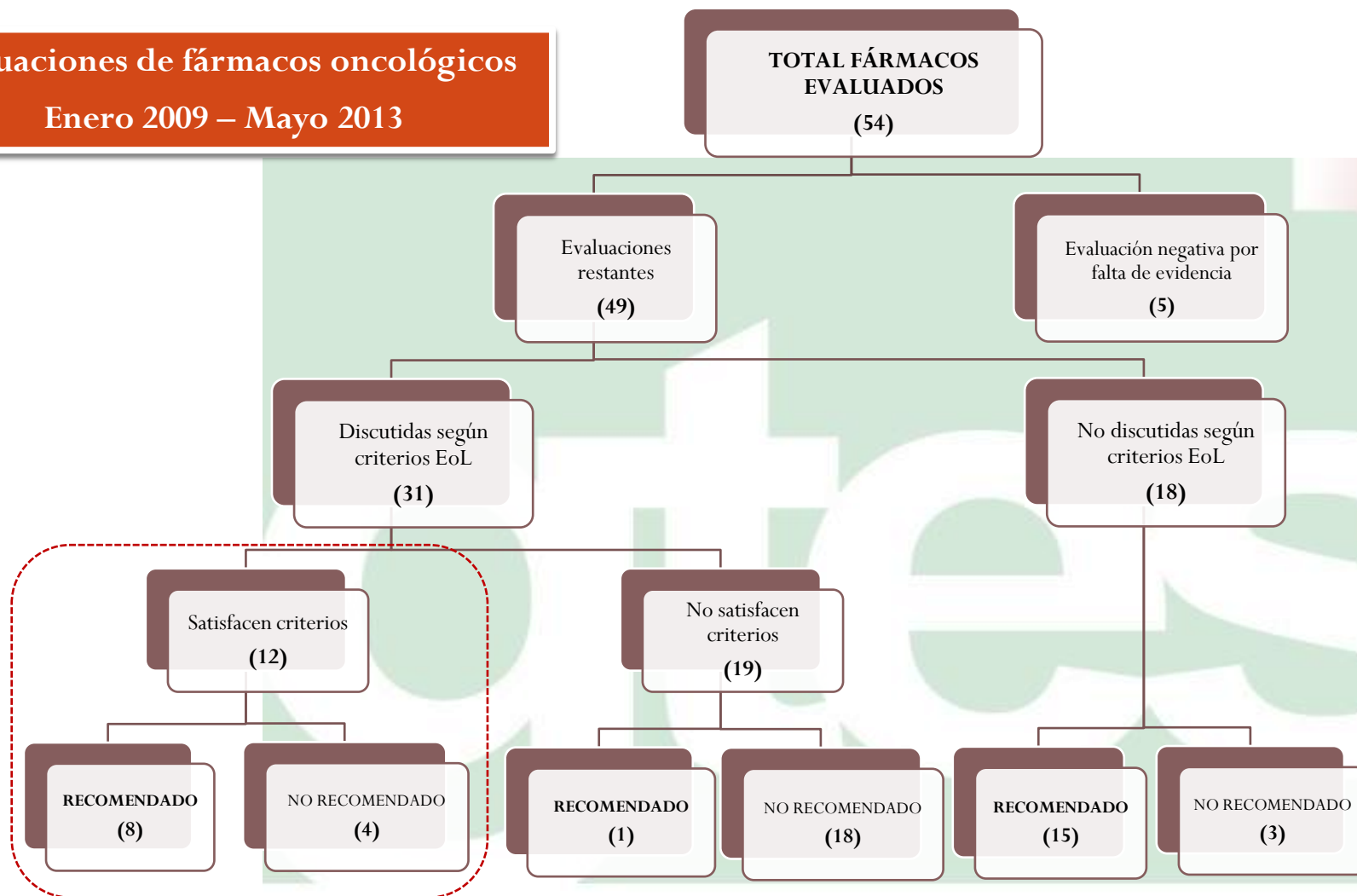
¿Desea la sociedad otorgar prioridad a los pacientes oncológicos?

- Las preferencias de la población (España). Pinto, Sánchez y Corbacho (2011), Pinto, Sánchez, Baker y Corbacho (*en prensa*):
 - RESULTADOS
 1. Una misma ganancia de salud es valorada más (individual y socialmente) cuando tiene lugar en una situación terminal.
 2. En situaciones terminales, se valora más una mejora en la calidad de vida que un aumento de la supervivencia equivalente.
 - El resultado 1 apoya los criterios EoL del NICE, el resultado 2, que coincide con el de Shah, et al. (2013), sugiere una preferencia social que dichos criterios no recogen (los criterios EoL solo se aplican si hay ganancia en supervivencia > 3 meses).

Lecciones de la experiencia del NICE

Evaluaciones de fármacos oncológicos

Enero 2009 – Mayo 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del NICE
(<http://guidance.nice.org.uk/TA/Published>).

Lecciones de la experiencia del NICE

Fármacos oncológicos que satisfacen los criterios *End of Life* del NICE

Fármaco	Indicación	Informe	ICER (£/AVAC)	Recomendación
ABIRATERONA	Cáncer de próstata tratado previamente con docetaxel	TA-259	41.000 – 50.000	RECOMENDADO
LENALIDOMIDA	Melanoma múltiple (pacientes tratados previamente)	TA-171	41.300 – 43.800	RECOMENDADO
PAZOPANIB	1ª línea carcinoma de células renales avanzado	TA-215	35.000 – 50.000	RECOMENDADO
PEMETREXED	Mantenimiento de cáncer de pulmón avanzado no microcítico	TA-190	47.000	RECOMENDADO
SUNITINIB	Tumor de estroma gastrointestinal	TA-179	31.800	RECOMENDADO
TRASTUZUMAB	Cáncer gástrico metastásico HER2-positivo	TA-208	45.000 – 50.000	RECOMENDADO ⁽¹⁾
IPILILUMAB	Melanoma avanzado no resecable o metastásico previamente tratado	TA-268	42.2500	RECOMENDADO
VEMURAFENIB	Melanoma maligno localmente avanzado o metastásico mutación-positiva BRAFV600	TA-269	44.000 – 51.800	RECOMENDADO
CABAZITAXEL	Cáncer de próstata hormonorefractario tratado previamente con docetaxel	TA-255	> 87.500	NO RECOMENDADO
EVEROLIMUS	2ª línea carcinoma renal avanzado	TA-219	49.300 – 51.700	NO RECOMENDADO ⁽²⁾
PANITUMUMAB	Cáncer colorrectal metastásico tras quimioterapia.	TA-242	110.000 – 150.000	NO RECOMENDADO ⁽³⁾
SORAFENIB	1ª línea del carcinoma hepatocelular avanzado y metastásico	TA-189	65.000 (32.700 – 76.600)	NO RECOMENDADO

(1) Solo en el caso de pacientes IHC3 positivos.

(2) El Comité considera que existe elevada incertidumbre acerca de los resultados del análisis coste-efectividad, debido a la estimación de supervivencia global.

(3) El Comité considera que la ICER más probable sería demasiado elevada aunque el fármaco cumpliera con todos los criterios EoL.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del NICE (<http://guidance.nice.org.uk/TA/Published>).

A modo de epílogo: la evaluación económica en España

Tabla 2 Evolución del número de estudios de evaluación económica sobre enfermedades oncológicas publicados en España

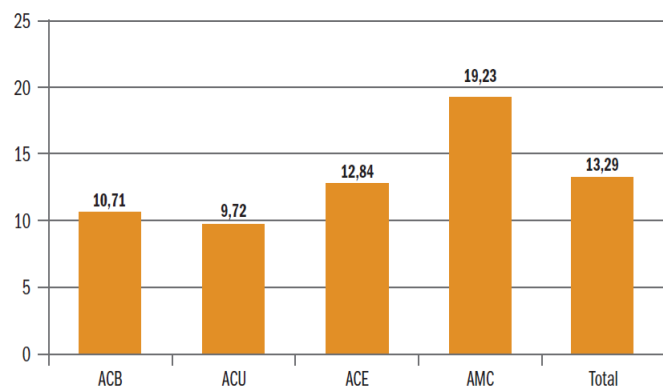
Tipo de estudios	Período					1983-2008
	1983-1988	1989-1993	1994-1998	1999-2003	2004-2008	
ACB	0	0	0	1	2	3
ACE	0	3	5	16	14	38
ACU	0	0	0	1	6	7
AMC	0	0	1	6	8	15
Totales	0	3	6	24	30	63

ACB: análisis coste-beneficio; ACE: análisis coste-efectividad; ACU: análisis coste-utilidad; AMC: análisis de minimización de costes.

Fuente: Catalá-López, et al. (2012)

Figura 2

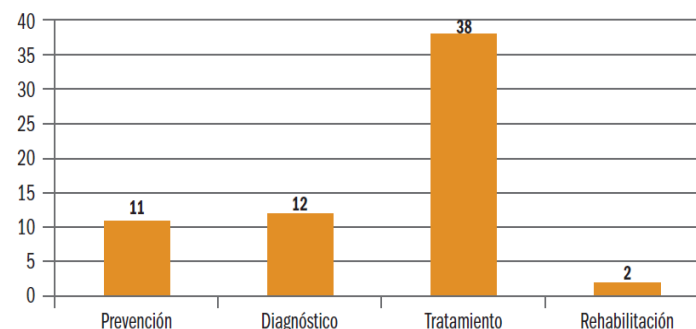
Porcentaje de estudios de evaluación económica en oncología realizados en España durante 1983-2008 por tipo de análisis empleado sobre el total nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de Catalá-López et al.⁹

Figura 3

Número de estudios de evaluación económica en oncología realizados en España durante 1983-2008 por tipo de tecnología evaluada



Fuente: Elaboración propia a partir de Catalá-López et al.⁹

Fuente: Hidalgo (2013)

A modo de epílogo: la evaluación económica en España

Tabla 3 Principales características de los trabajos de evaluación económica en España

Características	Estudios sobre enfermedades oncológicas N = 63		Estudios sobre otras enfermedades ^a N = 411		Odds ratio (OR)	IC del 95%
	Número	%	Número	%		
1. Tipo de estudio						
Análisis coste-beneficio	3	4,8	25	6,1	0,77	0,23-2,64
Análisis coste-utilidad	7	11,1	65	15,8	0,66	0,29-1,52
Análisis coste-efectividad	38	60,3	258	62,8	0,90	0,52-1,55
Análisis de minimización de costes	15	23,8	63	15,3	1,73	0,91-3,27
2. Tipo de intervención						
Prevención	11	17,5	72	17,5	1,00	0,49-2,00
Diagnóstico	12	19,0	40	9,7	2,18	1,07-4,43
Tratamiento	38	60,3	294	71,5	0,60	0,35-1,05
Rehabilitación	2	3,2	5	1,2	2,66	0,50-14,03
3. Diseño del análisis						
Estudio observacional	17	27,0	92	22,4	1,28	0,70-2,34
Ensayo clínico	6	9,5	36	8,8	1,10	0,44-2,72
Análisis de decisiones	13	20,6	149	36,3	0,46	0,24-0,87
Modelos matemáticos	12	19,0	61	14,8	1,35	0,68-2,68
No explícito	15	23,8	73	17,8	1,45	0,77-2,73
4. Perspectiva						
Sociedad	2	3,2	57	13,9	0,20	0,05-0,86
Sistema Nacional de Salud	25	39,7	174	42,3	0,90	0,52-1,54
Hospital	17	27,0	76	18,5	1,63	0,89-2,99
No explícita	18	28,6	102	24,8	1,21	0,67-2,18
Otros	1	1,6	2	0,5	3,30	0,29-36,9
5. Tipo de costes						
Directos	62	98,4	340	82,7	12,95	1,77-94,92
Directos e indirectos	1	1,6	71	17,3	0,08	0,01-0,57
6. Información sobre costes						
Explícita	46	73,0	312	75,9	0,86	0,47-1,56
No explícita	17	27,0	99	24,1	1,16	0,64-2,12
7. Financiación del trabajo						
Con ánimo de lucro	19	30,2	186	45,3	0,52	0,30-0,93
Sin ánimo de lucro	11	17,5	51	12,4	1,49	0,73-3,05
No disponible	33	52,4	174	42,3	1,50	0,88-2,55
8. Filiación del primer autor						
Hospital	37	58,7	204	49,6	1,44	0,84-2,47
Ámbito privado	8	12,7	91	22,1	0,51	0,23-1,11
Administración sanitaria	9	14,3	46	11,2	1,32	0,61-2,85
Universidad	8	12,7	47	11,4	1,13	0,50-2,51
Atención primaria	1	1,6	16	3,9	0,40	0,05-3,06
No explícito	-	-	7	1,7	-	-
9. Recomendaciones para la toma de decisiones						
Sí	53	84,1	338	82,2	1,14	0,56-2,35
No	10	15,9	73	17,8	0,87	0,42-1,80

^a Excluyendo los grupos «tumores malignos» y «otros tumores (benignos)», a partir de datos procedentes de Catalá-López y García-Altés (2010).

Fuente: Catalá-López et al. (2012)

Tabla 2
Evaluaciones económicas de tratamientos farmacológicos en oncología
realizados en España de 1990 a 2010

Variable	Número	% sobre el total de las EE (29)
1. Tipo de análisis:		
- Minimización de coste	6	20,7
- Coste-efectividad	20	69,0
- Coste-utilidad	9	31,0
- Coste-beneficio	0	0,0
2. Perspectiva:		
- Sociedad	0	0
- Sistema Nacional de Salud	19	65,5
- Hospital	7	24,1
- Desconocido	3	10,4
3. Fuente de los beneficios:		
- Ensayo clínico	17	58,6
- Metanálisis	2	6,9
- Revisión sistemática	4	13,8
- Selección de la literatura	5	17,2
- Base de datos de pacientes	1	3,4
4. Variable de resultado:		
- Respuesta objetiva	7	23,3
- Años de vida ganados	15	50,0
- Tiempo libre de progresión	6	20,0
- Años de vida ajustados por calidad	9	30,0
5. Tipo de costes:		
- Directos	29	100,0
- Directos e indirectos (laborales)	0	0,0
6. Utilización de modelos:		
- Árboles de decisión	0	0,0
- Modelos de Markov	12	41,4
- Simulación de eventos discretos	0	0,0
7. Análisis de sensibilidad:		
- Sí	25	86,2
- No	4	13,8
8. Recomendaciones de los autores:		
- Sí	28	96,6
- No	1	3,4

Fuente: Adaptado de Sanz-Granda et al.¹⁰

Fuente: Hidalgo (2013)

A modo de epílogo: la evaluación económica en España

- El trabajo del Grupo GENESIS
 - Modelo de informe de evaluación (Programa MADRE – 4.0 Dic 2012)
 - Identificación / Solicitud / Descripción / Acción farmacológica
 - Evaluación de la eficacia
 - Evaluación de la seguridad
 - **Área económica**
 - **Coste-eficacia incremental:**
 - Estudios publicados
 - Datos propios
 - Variables binarias (NNT): €/paciente vivo, curado, ...
 - Variables continuas (OS, FPS): €/AVG, €/AVAC
 - **Impacto presupuestario**
 - Conclusiones



A modo de epílogo: la evaluación económica en España

GENESIS
Grupo Genesis

GÉNESIS

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Enlaces de interés
Informes de evaluación hospitales

Última actualización: 10-06-2013

Sumario de los informes publicados por los hospitales en internet
Años 2008-2009-2010-2011-2012-2013
Informes de años anteriores: (A-D) (E-L) (M-Z)

Los informes de evaluación han sido redactados por cada hospital publicado por los hospitales que tienen páginas web propias, así como se dispone de un espacio en esta página web. La autoría de los informes colaborativos de evaluación, iniciado a partir de 2010, se realizan a través pública en la web para alegaciones, etc.

Informes nuevos en esta página (subidos en los últimos 30 días)

Las normas para el envío de informes

***AVISO: Informe definitivo GÉNESIS-**

A B C D E F G H I J

Hospital	Betabloqueantes	ICC	H.U. Virgen del Rocío	Original	05/03/08	04/08	word
		Ca Ovario	GFT de Hospitales de Andalucía	Definitivo	26/10/12	04/13	PDF
		DMAE (FFT)	Informe GÉNESIS-SEFH	Borrador	08/2012	01/13	word
		Ca Colon Metastásico	H.U. de Puerto Real (Cádiz)	Actualizado	12/2009	06/10	word
			H.U. de la Vall d'Hebrón			12/08	PDF
		Ca Mama	H.C.U. de Valladolid			04/09	word
			Institut Català d'Oncologia	Original	24/02/11	05/11	PDF
		Ca Mama Metastásico	GFT de Hospitales de Andalucía		25/06/08	09/08	PDF
			H.U. Virgen del Rocío	Original	01/12/07	01/08	word
		Ca Pulmón	C.H.U. A Coruña			03/09	word
			H.U. de Puerto Real (Cádiz)	Actualizado	17/07/11	11/11	word
			H.U. de Guadalajara	Actualizado	19/01/10	11/10	word
		Ca Pulmón no microcítico	GFT de Hospitales de Andalucía		25/06/08	09/08	PDF
			Institut Català d'Oncologia	Original	09/01/09	02/09	PDF
		Ca Renal	H.U. de la Vall d'Hebrón			02/09	PDF
		Neovascularización corneal (colirio)	H.U. de la Vall d'Hebrón	Original	10/12/09	03/10	PDF
		Varias indicaciones	H.U. Móstoles			06/09	PDF
		Varias indicaciones	H. Cabueñes (Asturias)	Original	01/04/08	12/08	PDF

<http://gruposedetrabajo.sefh.es/genesis/>

Fernando I. Sánchez Martínez

5ª JRES - 5 nov 2013

24

Resumen (1)

- Las reglas de la evaluación económica tratan de valorar si un nuevo tratamiento “vale lo que cuesta”, con el fin de maximizar el beneficio (en términos de resultados en salud) que se obtiene del gasto sanitario.
 - El coste adicional que supone un nuevo fármaco (respecto al statu quo) se compara con la ganancia adicional en salud que proporciona, obteniéndose una *ratio coste-efectividad incremental* (RCEI).
 - La RCEI se compara con un umbral o “precio sombra” para decidir si la intervención es o no coste-efectiva.
- Existen argumentos teóricos que justifican hacer excepciones a la regla general de la evaluación económica en el caso de los fármacos oncológicos:
 - Perspectiva individual: Las personas valoran más una ganancia de salud (en particular, un aumento en la supervivencia) cuanto menor es su expectativa de vida (razones: coste de oportunidad del dinero, argumento de la “esperanza”/valor de opción, no linealidad de la función de utilidad del tiempo de vida).
 - Perspectiva social: La sociedad puede valorar más las mejoras en la salud de quienes tienen una esperanza de vida más corta, debido a criterios de equidad (argumento de la “gravedad”, criterio del potencial de salud, regla del “déficit proporcional”).
 - Puede estar justificado dar prioridad a determinados pacientes aun a costa de no maximizar el total de AVAC ganados.

Resumen (y 2)

- Existe evidencia de que la población puede apoyar que los oncológicos se consideren un caso especial para la EE
 - Los profesionales (clínicos y gestores) tienen interiorizados ratios coste-efectividad muy superiores a los umbrales al uso.
 - Aunque algunos estudios con población general (en el Reino Unido) no ofrecen evidencia concluyente a favor de dar prioridad a los pacientes en situación *end-of-life*, sí se obtiene dicho resultado en el único estudio realizado en España.
 - Existe evidencia (Reino Unido y España) de que se valoran más las mejoras en calidad de vida que las ganancias en supervivencia en pacientes oncológicos.
- La experiencia del NICE
 - En algo más de 4 años, 31 tratamientos oncológicos han sido considerados bajo los criterios EoL. La mayoría (8/12) de los fármacos que cumplían los criterios obtuvieron recomendación positiva. Solo 1 de los 19 que no verificaban los criterios recibió un informe favorable.
 - Cuestión pendiente: incluir en los criterios tratamientos que mejoren calidad de vida.
- Evaluación económica en oncología en España
 - Existe un número creciente de EE publicadas de fármacos oncológicos (y otras tecnologías) en España (la mayoría de las cuales son ACE).
 - Las evaluaciones de los servicios de farmacia hospitalaria han mejorado en rigor metodológico y alcanzado una notable homogeneidad (GENESIS). Persisten duplicidades y problemas a la hora de su aplicabilidad a la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

- Becker G, Murphy K, Philipson T. (2007) The value of life near its end and terminal care. NBER Working Paper Series n° 13333.
- Catalá-López F, García-Altés A (2010) Economic evaluation of healthcare interventions during more than 25 years in Spain (1983-2008). Rev Esp Salud Publica 84(4): 353-369.
- Cleemput I, Neyt M, Thiry N, De Laet c, Leys M. (2008). Threshold values for cost-effectiveness in health care. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 100C (D/2008/10.273/96).
- Eichler HG, Kong SX, Gerth WC, Mavros P, Jönsson B (2004). Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge? Value in Health 7(5): 518-528.
- Devlin N, Parkin D. (2004). Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. Health Economics 13: 437-452.
- Garau M, Shah KK, Mason AR, Wang Q, Towse A, Drummond MF. (2010) Using QALYs in cancer: a review of the methodological limitations. Office of Health Economics. Research paper 10/01.
- Hidalgo A (2013). Revisión de estudios de farmacoeconomía en oncología y lectura crítica: ¿Cómo se interpreta un estudio farmacoeconómico?. En Oliva J, Campillo-Artero C, Hidalgo A, Sanz A. Evaluación económica en oncología. Madrid: Entheos.
- Johannesson M. (2001) Should we aggregate relative or absolute changes in QALYs? Health Economics; 10(7): 573-7.
- Johansson-Stenman O, Martinsson P. (2008) Are some lives more valuable? An ethical preferences approach. J Health Econ: 739-52.
- Kozminski MA, Neumann PJ, Nadler ES, Jankovic A, Ubel PA. How long and how well: oncologists' attitudes toward the relative value of life-prolonging v. quality of life-enhancing treatments. Med Decis Making 2011 31(3): 380-5.
- Krupnick A, Alberini A, Cropper M, Simon N, O'Brien B, Goeree R, Heintzelman M. (2002) Age, Health and the Willingness to Pay for Mortality Risk Reductions: A Continent Valuation Survey of Ontario Residents. J Risk Uncertainty; 24(2): 161-86.
- Linley WG, Hughes DA. (2012). Societal views on NICE, Cancer Drugs Fund and Value-Based Pricing criteria for prioritising medicines: a cross-sectional survey of 4118 adults in Great Britain. Health Econ (in press); DOI: 10.1002/hec.2872.

Referencias bibliográficas (cont.)

- Morris J, Perez D. (2000) Willingness to pay for new chemotherapy for advanced ovarian cancer. NZ Med J; 113(1108): 143-6.
- Nadler E, Broderick WC, Zarotsky V, Kim J. (2009) How do medical and pharmacy directors perceive the value of new cancer drugs? Drug Benefits Trends; 21(4): 120-130.
- Nadler E, Eckert B, Neuman PJ. (2006) Do Oncologists Believe New Cancer Drugs Offer Good Value? The Oncologist; 11(2): 90-5.
- Oliva J, Campillo-Artero C, Hidalgo A, Sanz A. (2013). Evaluación económica en oncología. Madrid: Entheos.
- Pinto JL, Sánchez FI (2011). Terapias oncológicas y coste-efectividad. Cátedra de Economía de la Salud. Universidad Pablo de Olavide. Documento de trabajo 2012/1.
- Pinto JL, Sánchez FI, Corbacho B (2011). Valuing Qalys at the end of life. Universidad Pablo de Olavide. Documento de Trabajo. WP ECON 11.15.
- Pinto JL, Sánchez FI, Baker R, Corbacho B (*forthcoming*). Valuing Qalys at the end of life. Soc Sci Med.
- Sanz-Granda A, Hidalgo A, Del Llano J, Rovira J (2013). Analysis of economic evaluations of pharmacological cancer treatments in Spain between 1990 and 2010. Clin Transl Oncol 15(1): 9-19.
- Shah KK, Tsuchiya A, Wailoo AJ (2013). Valuing health at the end of life: an empirical study of public preferences. Eur J Health Econ (DOI 10.1007/s10198-013-0482-3).
- Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Armes PJ, Downer SM (1990). Attitudes to chemotherapy: Comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. BMJ: British Medical Journal 300 (6737): 1458
- Stolk EA, Pickee SJ, Ament AHJA, Busschbach JJV. (2005). Equity in health care prioritization: An empirical inquiry into social value. Health Policy; 74(3): 343-55.
- van de Veting EJ, Stolk EA, van Exel NJA, Brouwer WBF. (2013). Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principal of proportional shortfall. Eur J Health Econ 14: 107-115.
- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D (2012). Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. New England Journal of Medicine 367;17: 1616-25.