

Economía del Cáncer y Marco de Valor

CÁNCER EN CHILE

IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL ALIANZAS PÚBLICO - PRIVADA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE
Dr. Salvador Allende G.

Prof. Asist. Rony Lenz MA

Economics

Facultad de Medicina – U. de Chile

Presidente Electo Capítulo Chileno

ISPOR

El Cáncer es y será un Problema no sólo Clínico sino Económico

1. La prevalencia de Cáncer esta aumentando por:
 - **Incremento en la incidencia** (1/3 se explica por factores de riesgo: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alchoh – sólo el tabaquismo explica el 22,0% de las muertes por cancer)
 - **Mayor sobrevida de los pacientes;** y,
 - **Mejoras en el diagnóstico** y acceso a la atención.
2. El cáncer, considerado tradicionalmente como una condición terminal, hoy se va asimilando mas bien a una condición crónica, y por tanto nos acompaña en una dimensión de largo plazo.
3. Los costos de tratar el cáncer son significativos y las innovaciones en el área están siendo costosas para los sistemas de salud y las personas.
4. El acceso a las terapias oncológicas es un factor creciente de preocupación ciudadana que se traslada al área de las políticas publicas (por ejemplo, la “Marcha de los Enfermos” que obliga al gobierno a sacar un Fondo de Medicamentos de Alto Costo –Ley Ricarte Soto-).

Impacto económico del cáncer en Chile: una medición de costo directo e indirecto en base a registros 2009

Camilo Cid, Cristian Herrera, Rodrigo Rodríguez, Gabriel Bastías, Jorge Jiménez

	Pesos chilenos 2012	Dólares americanos 2012
Costo directo cáncer	349 521 261 143	720 662 394
Gasto cáncer FONASA	161 274 899 402	332 525 566
Gasto cáncer MLE	70 615 522 383	145 599 015
Gasto cáncer ISAPRE	117 630 839 358	242.537.813
Gasto directo per cápita	22 873	47
Costo indirecto cáncer	672 405 741 343	1 386 403 590
Ausentismo laboral	20 166 608 743	41 580 637
AVPP	652 239 132 600	1 344 822 954
Gasto indirecto per cápita	44 003	91
Costo total	1 021 927 002 485	2 107 065 985
Gasto directo cáncer/gasto total en salud	4,31%	
Gasto total cáncer/PIB Chile	1,0%	

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

MLE: modalidad libre elección.

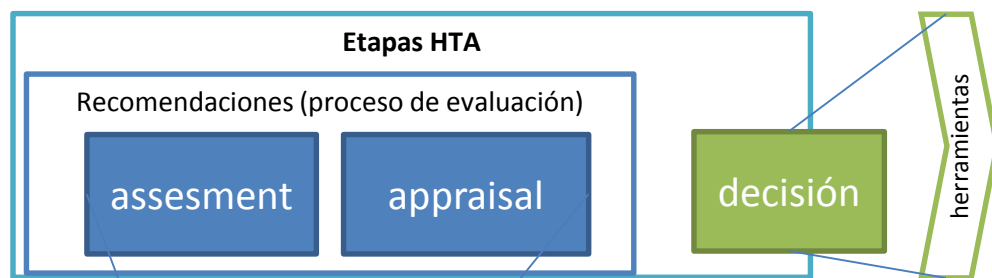
ISAPRE: Instituciones de salud previsual.

AVPP: años de vida potencialmente perdidos.

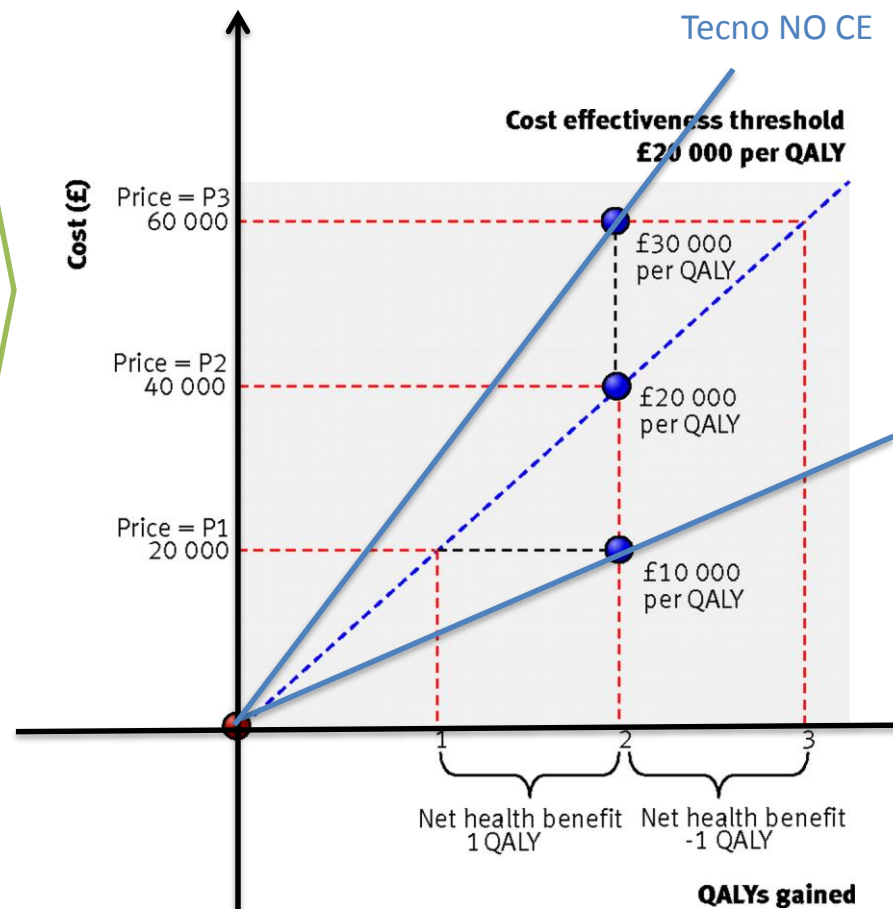
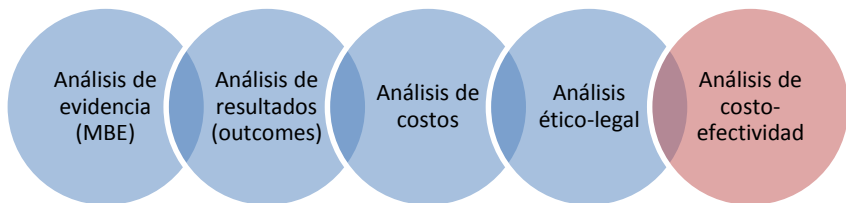
PIB: producto interno bruto.



La Estrategia de la Farmacoeconomía para enfrentar este Problema: ETESA y Costo/Efectividad



Dominios (Eddy)



Karl Claxton et al. BMJ 2008;336:251-254

¿Principios o Métodos?

¡No!

- El problema es que la conclusión a la que llega esta metodología basada en la medida de valor de QALY, y en el ICER (razón incremental de costo-efectividad), es que:
 - La mayoría de las nuevas terapias de alto costo **no son costo-efectivas a pesar de los beneficios clínicos**, particularmente porque los costos de los medicamentos son muy altos, por lo cual no deben ser cubiertas por los seguros.
- Sin embargo, un NO como respuesta, no es la mejor respuesta para este tipo de problema, ya que no resuelve el problema...dado que condena a las personas a la progresión de la enfermedad y eventualmente a la muerte...lo cual no es una recomendación muy popular, ni comunicacionalmente, ni políticamente.
- Con este tipo de enfoque sencillamente, la farmacoeconomía está corriendo el riesgo de quedarse fuera de la discusión, perder el terreno ganado con esfuerzo y abandonar su principal propósito, cual es ayudar a las sociedades en la asignación de sus recursos.
- Van surgiendo enfoques alternativos “value frameworks” para tratar de resolver el problema, o enfoques complementarios (por ejemplo Acuerdos de Riesgo Compartido, Multi-criteria decision analysis (MCDA), etc.) adquieren mayor relevancia.

ISPOR Task Force Report

A Health Economics Approach to US Value Assessment Frameworks—Introduction: An ISPOR Special Task Force Report [1]

Peter J. Neumann, ScD¹, Richard J. Willke, PhD², Louis P. Garrison Jr, PhD³

¹Center for the Evaluation of Value and Risk in Health, Tufts Medical Center, Boston, MA, USA; ²International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, Lawrenceville, NJ, USA; ³The Comparative Health Outcomes, Policy, and Economics Institute, University of Washington, Seattle, WA, USA

Table 1 – Value assessment frameworks.

Framework	Reference
<i>A. Recent US frameworks considered here</i>	
American College of Cardiology/American Heart Association	[1]
American Society of Clinical Oncology	[2]
Institute for Clinical and Economic Review	[3]
Memorial Sloan Kettering Cancer Center	[4]
National Comprehensive Cancer Network	[5]
<i>B. Examples of previous and ongoing frameworks</i>	
European Society for Medical Oncology	[7]
Original Panel on Cost-Effectiveness	[8]
AMCP Format for Formulary Submissions	[9]
Second Panel on Cost-Effectiveness	[10]
SMART Vaccines	[11]
US Preventive Services Task Force	[12]
European Network for Health Technology Assessment	[13]
National Institute for Health and Care Excellence	[14]
Avalere/FasterCures	[15]
Advisory Committee on Immunization Practices	[16]
Expanded health technology assessment	[17, 18]
Institute of Medicine	[19]
Premera Blue Cross	[20]
<i>C. Examples of principles for frameworks</i>	
AdvaMed	[21]
Biotechnology Innovation Organization	[22]
National Health Council	[23]
Pharmaceutical Research and Manufacturers of America	[24]
Perfetto et al	[25]
Sorenson et al.	[26]
Chuiyko	[27]

Por lo tanto, hay que revisar los Métodos

En estos intentos alternativos de informar el proceso de toma de decisiones con un marco más simplificado (value frameworks) surgen algunas interrogantes:

1. Es posible que hagan supuestos ad hoc que no tengan un sólido fundamento conceptual y teórico.
2. Pueden generar el efecto opuesto: procesos de evaluación más complejos e irracionales (terminamos priorizando lo incorrecto).
3. Dado que están orientados a diferentes decisiones y stakeholders pueden ser inconsistentes entre ellos.
4. Pueden estar entregando señales incorrectas a la industria de innovación.

- **Conclusión:** Necesidad de expandir la definición dominante de valor en farmacoeconomía (QALY):

- Reducción de la incertidumbre (Uso de test diagnósticos)
- **Valor aseguramiento (contra gastos catastróficos)**
- Valor de la esperanza (con la enfermedad y cercano al desenlace cambia la aversión al riesgo).
- Valor de una opción (una tecnología me puede ayudar a llegar a otra mejor en el futuro).
- Chorreo científico (incentivar la investigación por sus efectos externos –bienes público-).

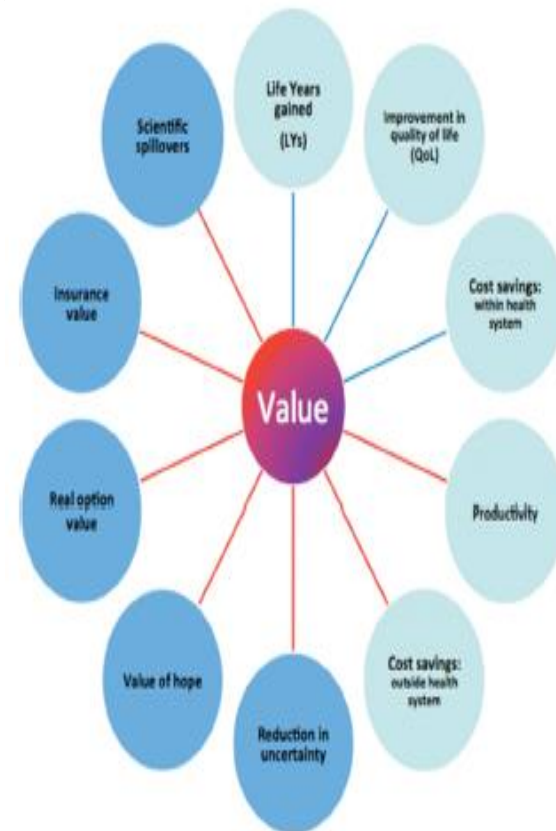
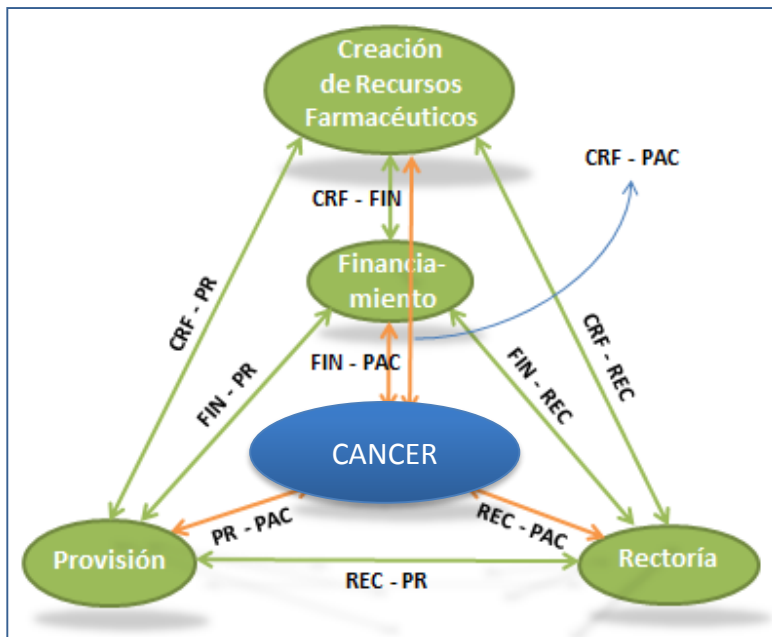


Fig. 1 - Elements of Value.

Notes: Dark blue circles: proposed information-related elements of value. Light blue circles: traditional HTA and other societal elements of value. Blue line: value element in traditional HTA/health system perspective. Red line: additional value element also included in societal perspective. Source: Adapted from Figure 2 in Garrison et al. [5].

Con todo, la Economía de la Salud ofrece una mirada más amplia

Por ejemplo, podemos aplicar el modelo de separación de funciones y obtener un conjunto más amplio de recomendaciones que nos ayuden a enfrentar el problema de acceso de los pacientes con cáncer a las terapias. Por ejemplo:



- **Rectoría.** Se requiere definir una política y estrategia para abordar el cáncer de largo plazo: financiera, de organización de la oferta de servicios y de creación de recursos.
- **Financiera (Fuentes).** Presupuestariamente no se puede hacer mucho de un año para otro, -que es el horizonte al cual nos ha acostumbrado el MINSAL y el FONASA-. Sin embargo, en un horizonte de 10 años hay muchas holguras. Por ejemplo, a una tasa de 7,0% (mitad 2005-2017) en 10 años el gasto en salud nuevo es igual al actual. Hay mucho espacio !!!
- **Financiera (Fuentes).** La tasa de cotización del 7,0% quedo obsoleta para un país envejecido y con enfermedades crónicas: Hay que moverse progresivamente a una tasa del 9,0% ó 10,0%
- **Financiera (Cobertura financiera).** Los seguros tienen que cubrir los medicamentos, si no no hay forma de bajar el precio de los mismos y mejorar el acceso.
- **Financiera (Cobertura financiera).** El enfoque garantista limita el desarrollo de la oferta ya que su aproximación es blanco o negro: o se cubre para todos o no se cubre nada. El país tiene que complementar la lógica del GES, con formas más flexibles de financiamiento que permitan **progresivamente** expandir la cobertura y desarrollar capacidades de oferta.