

# *Dificultades para una evaluación económica del cáncer. Una visión clínica*



*Emilio Alba*

*UGCI Oncología*

*Hospital Universitario Regional y Virgen de la Victoria  
Departamento de Medicina. Universidad de Málaga*

*IBIMA*

# ¿Qué es un clínico?

**El clínico es aquel médico que diagnostica y trata a sus pacientes.**



# El cambio de la segunda mitad del siglo XX

- ❖ Una ciencia antigua que se sistematiza en el siglo XIX
- ❖ Una ciencia individual
- ❖ El paradigma clínico es reinante en la enseñanza universitaria de la medicina



# Una ojeada sobre la clínica

 La aparición de los sistemas públicos de salud

 La eclosión tecnológica

- Fármacos
- Test diagnósticos
- Cirugía/RT



# Aparecen las tensiones

- Por qué aparecen a partir de los años 80?
- Estudios de coste/eficacia
- NICE y agencias NICE-like



- Valor (pago por resultados)
- Responsabilidad versus decisión

# ¿A que se enfrenta el clínico hoy?

- **Pacientes cada vez mas informados con una visión particular del concepto de valor.**
- **Un hospital con un presupuesto cerrado (o casi).**
- **Unas agencias reguladoras que solo se pronuncian sobre seguridad y eficacia.**
- **Una industria con un sistema perverso de fijación de precios.**
- **Un pagador (SPS) incapaz de tomar decisiones estratégicas.**



# ¿Qué no puede hacer el clínico (pero podría ayudar)?

- ❖ Tomar decisiones políticas globales en la dirección de pago por resultados (valor)
- ❖ Fijar los precios de los fármacos (y de la tecnología)



# ¿Qué sí puede hacer el clínico (I)?

## ESMO MCBS Evaluation



**Curative** - Evaluation form 1: for new approaches to adjuvant therapy or new potentially curative therapies

**Non-curative** -Evaluation forms 2a, b or c: for therapies that are not likely to be curative

Figure 1: Visualisation of ESMO-MCB scores for curative and non-curative setting.



# ¿Qué sí puede hacer el clínico (II)?

Table 2: Maximal Preliminary Scores

## **Treatments with Curative Intent (Form 1)**

>5% improvement of survival at  $\geq 3$  years follow-up

Improvements in DFS alone HR  $< 0.60$  (primary endpoint) in studies without mature : data

## **Treatments with Non Curative Intent (Form 2)**

### **Primary outcome OS (Form 2a)**

Control  $\leq 12$  months

HR  $\leq 0.65$  AND Gain  $\geq 3$  months OR

Increase in 2 year survival alone  $\geq 10\%$

Control  $> 12$  months

HR  $\leq 0.70$  AND Gain  $\geq 5$  months OR

Increase in 3 year survival alone  $\geq 10\%$

### **Primary outcome PFS (Form 2b)**

Control  $\leq 6$  months

HR  $\leq 0.65$  AND Gain  $\geq 1.5$  months

Control  $> 6$  months

HR  $\leq 0.65$  AND Gain  $\geq 3$  months

# CONCLUSIONES

- **La clínica es una ciencia individual y así se enseña en la Universidad**
- **La eficacia y la toxicidad son criterios clínicos**
- **La eficacia y la toxicidad son los pilares fundamentales del valor**
- **El concepto de coste/eficacia es un concepto de política sanitaria**
- **Cada uno debe hacer su parte: los clínicos definir con exactitud la magnitud del beneficio (valor) . Los planificadores definir explícitamente que valor añadido es financiable**