



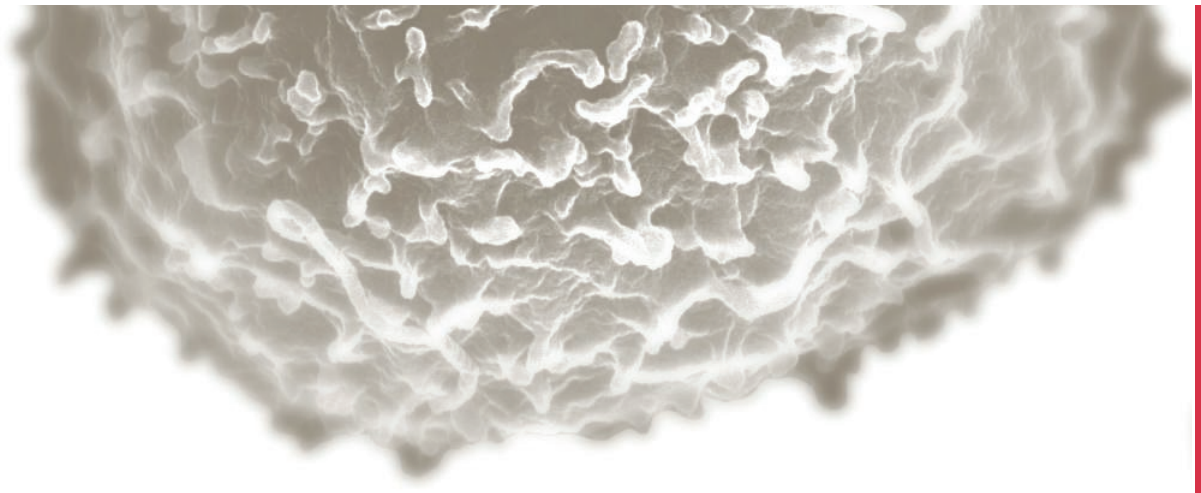
REFLEXIONES



Foro de Innovación en
Hemato-Oncología

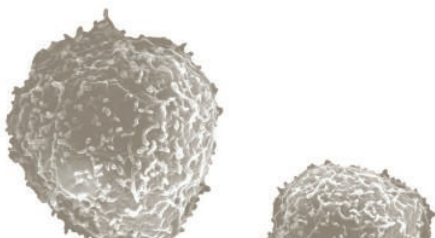
Conclusiones
I Foro de Innovación
en Hemato-Oncología





ÍNDICE

Introducción	5
Metodología	6
Keynotes	9
Innovación en Hemato-oncología	9
Impacto de la innovación en la planificación	10
Impacto de la innovación en la gestión farmacoterapéutica	13
Impacto de la innovación en la asistencia a pacientes	14
Workshop	18
Planificación estratégica	18
Gestión	19
Asistencia a pacientes	20
Referencias	22



INTRODUCCIÓN

Los avances científico-técnicos realizados durante las últimas décadas en biomedicina han provocado un cambio de paradigma en el mundo de la salud en todos los niveles. Hoy en día, los pacientes disponen de tratamientos innovadores que han permitido alcanzar tasas de supervivencia global y de remisión de la enfermedad nunca vistas hasta ahora. Así mismo, para los gestores supone un gran **reto encontrar el equilibrio ideal entre la incorporación de la innovación, el acceso universal y la sostenibilidad del sistema.**

El campo de la Hemato-Oncología no es ajeno a esta transformación y plantea sus propios desafíos de cara al futuro. Entre otros, la incorporación de terapias dirigidas ha hecho evolucionar la valoración del abordaje integral de los pacientes hacia la cronicación de la enfermedad. Esto tiene un gran impacto en la situación de la planificación y la gestión sanitaria actual, ya que el foco de atención que antes se centraba principalmente en la salud del paciente está siendo re-dirigido hacia el manejo y la planificación tanto de los tratamientos como de los pacientes en los diferentes hospitales, con el consecuente **impacto económico para el Sistema Nacional de Salud (SNS).**

Por ello, Gilead, como empresa biofarmacéutica pionera en el desarrollo de terapias innovadoras, consciente de los beneficios que aporta la innovación al conjunto de la sociedad, así como de la necesidad de impulsar y buscar vías para involucrar a los diferentes agentes participantes del sector salud, puso en marcha el Proyecto Reflexiones, un proyecto multidisciplinar centrado en el campo de la Hemato-Oncología y con el **objetivo principal de analizar su situación en España y el impacto que ha tenido la innovación en este área terapéutica.**

El proyecto estuvo coordinado por el siguiente comité multidisciplinar:

- **Dr. Jesús San Miguel.**
Director de Medicina Clínica y Traslacional de la Universidad de Navarra.
- **Dr. Josep Maria Borrás.**
Coordinador de la Estrategia del Cáncer en el SNS. Director del Plan de Oncología de Cataluña.
- **Dr. José María Moraleda.**
Presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH).
Jefe de Servicio de Hematología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- **Dra. Carmen García de Insausti.**
Secretaría General de la SEHH.

METODOLOGÍA

El comité estableció que el análisis de la situación debía desarrollarse en torno a tres ejes: planificación estratégica, gestión y acceso a fármacos innovadores y asistencia a pacientes (Figuras 1, 2 y 3).

Ejes estratégicos

1. Planificación estratégica
2. Financiación y acceso a la innovación
3. Asistencial

Se realizó un dossier bibliográfico para cada uno de los ejes que se envió a los participantes. Para la realización del dossier se hizo una revisión de la bibliografía relacionada con los tres ejes estratégicos tanto en la base de datos PubMed como en las Sociedades Científicas y organismos nacionales implicados.

La revisión se realizó siguiendo los esquemas siguientes:

Figura 1. Planificación estratégica

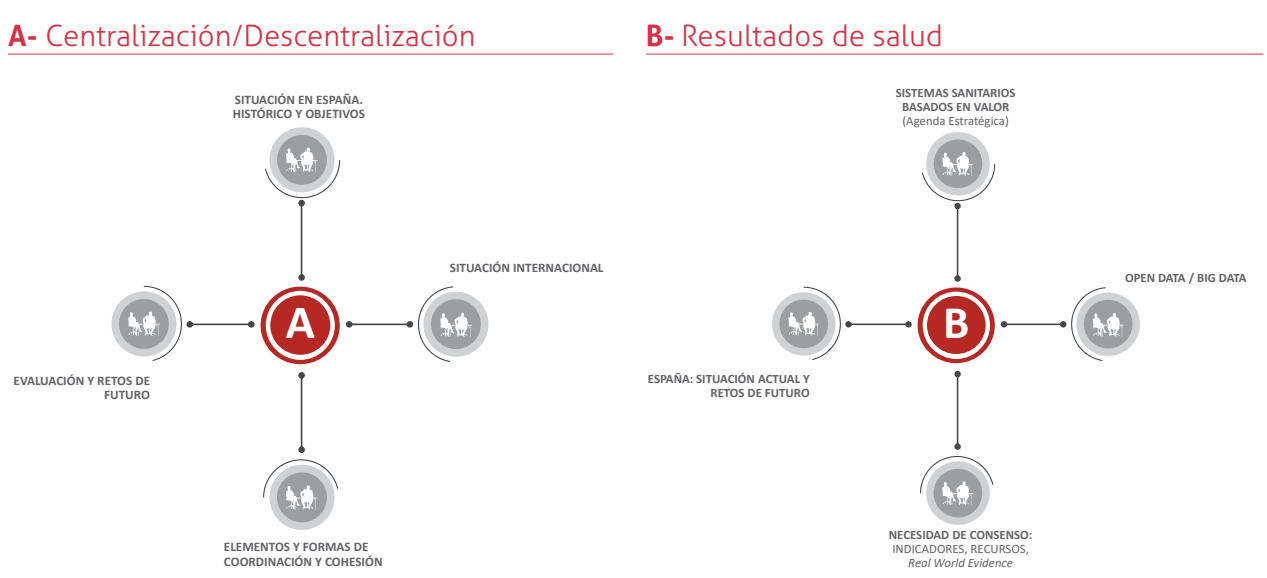


Figura 2. Financiación y acceso a la innovación

Financiación y acceso a la información

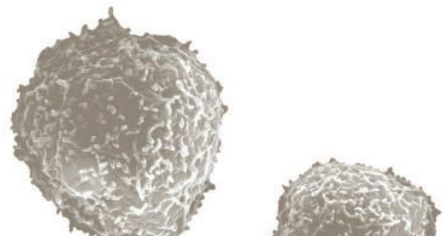


Figura 3. Asistencial

A- Diagnóstico/Medicina personalizada



B- Hematogeriatría



C- Transición entre niveles asistenciales



Como participantes el proyecto contó con profesionales de las distintas áreas implicadas (Hematología, Farmacia Hospitalaria y Gestión), así como con la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (Tabla 1).

El proyecto se formalizó en el marco del **I Foro de Innovación en Hemato-Oncología que se celebró el 19 de noviembre de 2015.**

Durante la reunión se analizó desde un punto de vista multidisciplinar la situación de la Hemato-Oncología en España y el impacto que ha tenido la innovación. Para ello, el foro comenzó con 5 ponencias que revisaban los puntos clave de esta situación.

Tabla 1

PONENCIA DEL I FORO DE INNOVACIÓN EN HEMATO-ONCOLOGÍA

INNOVATION: PERSONALIZED MEDICINE AND BEYOND

Dr. Jesús Prieto Valtueña
(Catedrático Emérito de Medicina de la Universidad de Navarra)

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA HEMATO-ONCOLOGÍA

Dr. Joaquín Díaz Mediavilla
(Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Clínico San Carlos)

IMPACTO DE LA INNOVACIÓN EN HEMATO-ONCOLOGÍA DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA:

- **Planificación**
Dr. Josep Maria Borrás
(Director del Plan de Oncología de Cataluña)
- **Gestión**
Dr. José Luis Poveda (Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Fe)
- **Asistencial**
Dr. Jordi Sierra
(Jefe de Servicio de Hematología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau)

Posteriormente se generaron foros de debate en los que los participantes plantearon las necesidades no cubiertas en el ámbito de la innovación en Hemato-Oncología desde el punto de vista de los profesionales de las distintas áreas y de cada uno de los ejes clave del proyecto.

Finalmente, y como conclusiones de cada foro de debate, se plantearon propuestas como base para dar respuesta a esas necesidades no cubiertas.

El presente documento recoge toda la información generada por el proyecto y presentada durante el I Foro de Innovación en Hemato-Oncología, así como las opiniones expresadas por los asistentes en el desarrollo de la reunión durante sus ponencias y en los foros de debate.

PLANIFICACIÓN

Moderador: Josep Maria Borrás.
Director del Plan de Oncología de Cataluña.

Participantes:

- **Adrián Alegre Amor.**
Jefe de Servicio del Hospital Universitario La Princesa. Presidente de la Asociación Madrileña de Hematología y Hemoterapia (AMHH).
- **José Luis Díez Martín.**
Jefe de Servicio de Hematología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **César Hernández García.**
Jefe del Dpto. de Medicamentos de Uso Humano en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
- **Javier Guerra Aguirre.**
Director Médico del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
- **Luis Palomera Bernal.**
Jefe de Servicio de Hematología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
- **Teresa Requena Caturla.**
Subdirección de Análisis de Costes (Servicio Madrileño de Salud).
Ex-Directora de Investigación de la SEFH.
- **Pablo Rodríguez Martínez.**
Jefe Servicio de Planificación de Programas y Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica.

GESTIÓN

Moderador: José Luis Poveda Andrés.
Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Fe.

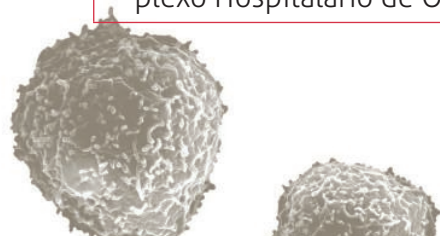
Participantes:

- **Rosa Bermejo Pareja.**
Gerente del Hospital Universitario Infanta Sofía.
- **Teresa Bermejo Vicedo.**
Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Consuelo Cañizo Fernández-Roldán.**
Jefe de Servicio de Hematología del Complejo Asistencial de Salamanca.
- **Sandra Flores Moreno.**
FEA Farmacia Hospitalaria HU Virgen del Rocío.
- **Ismael Escobar Rodríguez.**
Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Carmen García de Insausti.**
Secretaría General de la SEHH.
- **Emilio Montserrat Costa.**
Director del Instituto Clínic de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas.
- **Miguel Ángel Sanz.**
Jefe de Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Fe.
- **Federico Tutau Gómez.**
Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital del Henares.

ASISTENCIAL

Moderadores: José María Moraleda Jiménez. Presidente de la SEHH.
Jordi Sierra Gil. Jefe de Servicio de Hematología Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

- **Ángel Abad Revilla.**
Jefe de Área de Información al Paciente (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid).
- **Joaquín Díaz Mediavilla.**
Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Clínico San Carlos.
- **José Luis Sastre Moral.**
Jefe de Servicio de Hematología del Complejo Hospitalario de Ourense.
- **Reyes Abad Sazatornil.**
Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet
- **Concha Boqué Genovart.**
Jefe de Servicio de Hematología del ICO y Grupo Español de Hematogeriatria
- **José Antonio Pérez Simón.**
Jefe de Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen del Rocío.



KEYNOTES

INNOVACIÓN EN HEMATO-ONCOLOGÍA

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el mundo en el año 2012. En España, el número total de nuevos casos de cáncer en 2015 fue de 247.771 (148.827 en varones y 98.944 en mujeres). En los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados ha experimentado un crecimiento constante en España debido no sólo al aumento poblacional, sino también a las técnicas de detección precoz y al aumento de la esperanza de vida (ya que el riesgo de desarrollar tumores aumenta con la edad)¹.

La supervivencia en pacientes de más edad con leucemia linfática crónica, linfoma no Hodgkin o leucemia mieloide crónica ha aumentado a principios del siglo XXI, posiblemente debido a opciones terapéuticas menos tóxicas y a una mejor atención a los pacientes⁴

En cuanto a los cánceres hematológicos, se estima que en 2015 la incidencia de la leucemia fue de 6518 casos, de los linfomas no Hodgkin de 7640 casos y de los linfomas de Hodgkin de 1589¹. En 2012, los linfomas no Hodgkin fueron el décimo tipo de cáncer más incidente en el mundo (385.500 casos nuevos) y el undécimo en Europa (102.000 casos

nuevos) y las leucemias fueron el duodécimo tipo de cáncer más incidente en el mundo (352.000 casos nuevos) y el decimotercero en Europa (90.500 casos nuevos)^{2,3}.

Sin embargo, pese al aumento global de la incidencia del cáncer, según el Instituto Nacional de Epidemiología, entre los años 2003-2012 **la mortalidad por tumores se redujo un 1,32% al año**. Estas tendencias, reflejan

las mejoras en la supervivencia de los pacientes con tumores debido a las actividades preventivas, las campañas de diagnóstico precoz y a los avances terapéuticos¹.

La supervivencia en pacientes de más edad con leucemia linfática crónica, linfoma no Hodgkin o leucemia mieloide crónica ha aumentado a principios del siglo XXI, posiblemente debido a opciones terapéuticas menos tóxicas y a una mejor atención a los pacientes⁴.

El cáncer se ha convertido en uno de los retos importantes a superar en el siglo XXI y la comunidad científica, y la sociedad en su conjunto, han invertido grandes esfuerzos en combatirla.

Los avances experimentados en las dos últimas décadas en la biología molecular y en el campo de la genética han sido particularmente fructíferos en oncología, con la obtención de innovaciones que acarrearán un elevado coste por paciente tratado y, al mismo tiempo, la posibilidad de mejorar la efectividad de los tratamientos o reducir los efectos adversos, y en algunos casos concretos tratar problemas no abordables previamente⁵.

El tratamiento óptimo del cáncer hoy en día está caracterizado por un abordaje multidisciplinar, implicando equipos de cirujanos, radioterapeutas y oncólogos médicos, anatomopatólogos, radiólogos, personal de enfermería y por un rápido incremento en el número de fármacos antitumorales⁵.

En el caso de la **hemato-oncología, este desarrollo de nuevos fármacos es especialmente importante, ya que ha generado un cambio sustancial en los resultados de supervivencia y calidad de vida de los pacientes que padecen estas enfermedades**. Así, hoy en día, los pacientes con enfermedades como la leucemia linfocítica crónica o el linfoma no Hodgkin indolente tienen a su alcance nuevos tratamientos innovadores que han permitido mejorar tanto la supervivencia media libre de progresión como la supervivencia global, acercándonos cada vez más a la remisión completa de la enfermedad⁶.

Estos avances van de la mano del incremento de la medicina de precisión, entendida como el desarrollo de tratamientos dirigidos a las necesidades de pacientes individuales sobre la base de características genéticas, fenotípicas o psicosociales que distinguen a un paciente de otros con situaciones clínicas similares. El creciente reconocimiento de esta medicina de precisión por los clínicos, los sistemas de salud y la industria farmacéutica, así como por los pacientes y los responsables políticos, refleja la aparición de un campo que se está acelerando rápidamente y dejará una huella importante en la práctica de la medicina⁷.

España goza de un elevado prestigio internacional ya que se realizan numerosos ensayos clínicos en diferentes áreas. Las especialidades que más contribuyen a esta investigación son la Oncología Médica para los tumores sólidos y la Hematología Clínica para las neoplasias hematológicas⁸.

IMPACTO DE LA INNOVACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN

El reto de la planificación sanitaria en un sistema sanitario público es **conseguir que la organización de la atención sea adecuada a las necesidades de los pacientes y sea sostenible. La sostenibilidad** será un reto en los próximos años, teniendo en cuenta las necesidades de ajuste del déficit. Organizar la atención oncológica deberá responder a nuevos retos en diagnóstico, tratamiento y organización de la atención.

Sostenibilidad de los sistemas sanitarios

Las innovaciones farmacológicas representan un reto para los sistemas sanitarios públicos en cuanto a la sostenibilidad y accesibilidad. Por ello es necesario que esta planificación asistencial se vaya adaptando y teniendo en cuenta los nuevos factores. Para llevar a cabo de manera eficiente la innovación se necesita una dotación presupuestaria y humana ade-

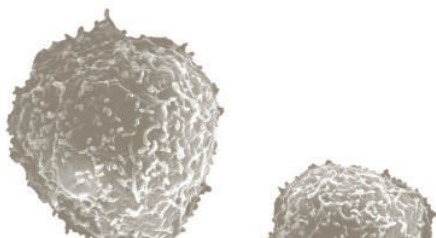
cuada, con indicadores de resultados en salud aceptados internacionalmente y su evaluación continua.

Es evidente que el desarrollo de nuevos medicamentos durante las últimas décadas ha contribuido a mejorar notablemente el nivel de salud de la población, disminuyendo la mortalidad y mejorando la calidad de vida de los pacientes. El papel de los medicamentos será clave en el futuro para aumentar la calidad y la esperanza de vida. Ello implica una clara mejora del uso de los recursos de forma que puede incluso llegar a compensar el nuevo peso de la factura farmacéutica sobre el gasto sanitario público. En esta línea, la evaluación económica de medicamentos se convierte en una herramienta útil para las Administraciones Públicas.

Mejorar la salud de la población tiene un coste y los decisores públicos se enfrentan al reto de reconciliar una demanda creciente de servicios sanitarios con unos recursos que son limitados. Por ello, **es necesario establecer prioridades e introducir el criterio de eficiencia, entendiendo como tal, el análisis de la relación entre los recursos consumidos (costes) y los resultados obtenidos, sean estos intermedios (recaídas evitadas, tiempos de espera, etc.) o finales (vidas salvadas o años de vida ganados)**⁹.

En EEUU, se ha visto que el precio medio de lanzamiento de los medicamentos oncológicos, ajustado por la inflación y los beneficios para la salud, aumentó en un 10% al año - un promedio de \$ 8.500 por año- de 1995 a 2013. El valor de cualquier nueva estrategia terapéutica o tratamiento se determina por la magnitud de su beneficio clínico equilibrado con su coste. La evidencia de beneficio clínico de las nuevas opciones de tratamiento se deriva de la investigación clínica, en particu-

Organizar la atención oncológica deberá responder a nuevos retos en diagnóstico, tratamiento y organización de la atención



lar los ensayos aleatorios de fase III, que generan datos imparciales sobre la eficacia, el beneficio y la seguridad de nuevos enfoques terapéuticos¹⁰.

Reconociendo la importancia de presentar afirmaciones claras e imparciales sobre la magnitud del beneficio clínico de los nuevos enfoques terapéuticos derivados de ensayos clínicos de alta calidad, la **Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO)** ha desarrollado una herramienta validada y reproducible para evaluar la magnitud del beneficio clínico para los medicamentos oncológicos (ESMO-MCBS). La ESMO-MCBS es un primer paso para solventar la cuestión crítica del valor público del cuidado del cáncer, ayudando a enmarcar el uso apropiado de recursos públicos y de personal para proporcionar una atención oncológica rentable y asequible¹¹.

Esta escala desarrollada por ESMO integra diversos parámetros para medir la innovación que supone un nuevo tratamiento y diferencia tratamientos con intención curativa y no curativa. La magnitud del beneficio clínico de las terapias contra el cáncer, puede variar desde trivial (ventaja mediana de supervivencia sin progresión de sólo unas pocas semanas) hasta sustancial (supervivencia mejorada a largo plazo). A falta de un enfoque estandarizado para clasificar la magnitud del beneficio clínico, las conclusiones y recomendaciones derivadas de los estudios a menudo son muy controvertidas y se han presentado, discutido y promovido tanto avances progresivos muy modestos como avances importantes.

Por su parte, la **Sociedad Americana de Oncología Médica (ASCO)** ha emprendido dos iniciativas para ayudar a promover el valor en la atención oncológica. La primera fue un grupo de trabajo para proponer nuevos umbrales para la aprobación de medicamentos contra el cáncer. En segundo lugar, ASCO ha desarrollado un grupo de trabajo sobre el valor en el cuidado del cáncer que se ha encargado del desafío de desarrollar un marco para evaluar el valor en oncología. Si bien coincide con la ESMO en que la evaluación del bene-

ficio clínico es un elemento clave en la evaluación del valor, ASCO aún no ha descrito su propuesta para evaluar la magnitud del beneficio clínico. Un desafío clave para el futuro será establecer si puede haber una armonización entre los diferentes enfoques del valor en Europa y los Estados Unidos^{11,12}.

Retos del Sistema Nacional de Salud

En España contamos con un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, financiado mediante impuestos y que opera principalmente dentro del sector público. Durante los últimos 30 años, se ha llevado a cabo de forma progresiva la transferencia de las competencias a los gobiernos regionales. Así, la organización política del Estado español comprende actualmente el Estado central y 17 comunidades autónomas muy descentralizadas, con sus respectivos gobiernos, reguladores y estrategia¹³.

A lo largo de los años, el SNS ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados mantenidos a lo largo del tiempo con arreglo a distintos parámetros de rendimiento como son el estado salud de la población, parámetros de equidad en la cobertura, el acceso y la financiación, la calidad y seguridad de la calidad y seguridad de la atención sanitaria y la satisfacción de los usuarios y legitimación del sistema por la población¹³.

El SNS sigue tratando de superar algunos de los retos que generan sus propios objetivos, entre los que destacan el garantizar la equidad horizontal, es decir, la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud, con independencia de su comunidad de residencia¹³

Pese a estos positivos resultados, el SNS sigue tratando de superar algunos de los retos que generan sus propios objetivos, entre los que destacan **el garantizar la equidad horizontal,**

es decir, **la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud**, con independencia de su comunidad de residencia, así como la **equidad vertical, reduciendo las diferencias como consecuencia de los distintos niveles de renta en la prestación de servicios en todo el territorio nacional.**

Organización de la atención oncológica

Una consecuencia de la carga que para la sociedad representa el cáncer, ha sido la elaboración de políticas supranacionales, incluyendo la OMS, el Parlamento y la Unión Europea,

Las Redes Europeas de Referencia mejorarán la capacidad de la asistencia local de la salud, especialmente en enfermedades de gran complejidad, permitiendo la accesibilidad al conocimiento de los centros que participan en ella y fomentando el apoyo entre ellos¹⁶

y nacionales, tanto en España como en otros países, así como por las comunidades autónomas. En España, el área del cáncer engloba una serie de unidades asistenciales (UAACA) que dan soporte a la atención de los pacientes con cáncer. Estas unidades se agrupan en torno a bloques de procesos asistenciales, que com-

parten características en cuanto al tipo de patologías tratadas, su forma de presentación, su gestión clínica y los recursos que su atención requiere. Existen dos modelos válidos de atención multidisciplinar del cáncer: a través de los comités de tumores y mediante las unidades asistenciales del área del cáncer. La estructura organizativa y de gestión de las UAACA dependerá de la organización y sistema de gestión del servicio de salud, hospital o entidad (público o privado) en donde se inserten¹⁴.

La Estrategia en Cáncer en el Sistema Nacional de Salud señala que existen oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la organización y gestión asistencial de la

atención a los pacientes con cáncer en España, en relación con la continuidad asistencial, el diagnóstico y estadificación, la decisión terapéutica, la variabilidad en la práctica y resultados y el volumen asistencial¹⁵.

Esta estrategia establece como objetivos que cada centro se integre en una red asistencial oncológica y que se promueva que los centros de referencia establezcan mecanismos de participación de los profesionales de los centros de su red asistencial en la elaboración de los protocolos y guías de práctica clínica¹⁵.

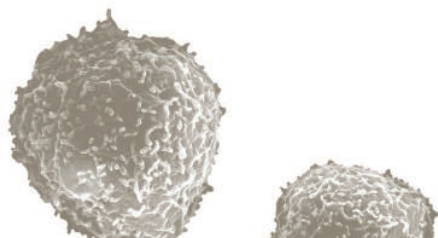
Redes asistenciales

La experiencia y el conocimiento son fundamentales para garantizar una atención sanitaria segura y de alta calidad y, junto con el **uso eficiente de los recursos** (economía de escala), es esencial para crear sistemas de salud inteligentes, receptivos y sostenibles.

El **establecimiento de redes o vías de referencia**, desde el nivel más bajo hasta el nivel más alto de complejidad, es inherente a la organización de todos los sistemas de atención de la salud. Sin embargo, no hay un acuerdo en cuanto a la definición ni a las normas que deben cumplir los centros altamente especializados (centros de excelencia, conocimientos especializados, referencia, competencia, etc.)¹⁶

Por ello, las Redes de Referencia Europeas buscan beneficiar a los ciudadanos europeos, permitiéndoles ser referidos, cuando sea necesario, a centros de especialización calificados a nivel de la Unión Europea. Las Redes Europeas de Referencia mejorarán la capacidad de la asistencia local de la salud, especialmente en enfermedades de gran complejidad, permitiendo la accesibilidad al conocimiento de los centros que participan en ella y fomentando el apoyo entre ellos¹⁶.

La Directiva 2011/24/EU relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia transfronteriza¹⁷ establece los criterios a cumplir por las Redes europeas de Referencia. Estos criterios son: tener conocimiento y experiencia en el diagnóstico, el



tratamiento, el seguimiento y el manejo de pacientes con evidencia de buenos resultados, seguir un enfoque multidisciplinar, tener capacidad de elaborar guías de buenas prácticas, contribuir a la investigación, enseñanza y formación y colaborar con otros centros especializados.

Impacto del envejecimiento de la población

El **envejecimiento de la población** en España tiene un notable impacto sobre el aumento de casos de cáncer en España. Este aspecto, junto al continuo crecimiento del número de supervivientes, obliga a considerar los **nuevos escenarios y plantea nuevos retos para la provisión de servicios en la atención de la supervivencia de larga evolución en el cáncer**¹⁸. La mediana de edad de la mayoría los tumores hemato-oncológicos es 68-70 años lo que significa que se diagnostican más tarde de los 60 o 70 años. Debido al envejecimiento de la población hay muchas personas de esa edad.

En un futuro cercano se esperan más avances que favorecerán esta supervivencia y cronicidad y que deberán ser contemplados en la planificación estratégica del Sistema Sanitario. El reto de la planificación en un sistema sanitario público es conseguir que la organización de la atención sea adecuada a las necesidades de los pacientes y sea sostenible.

IMPACTO DE LA INNOVACIÓN EN LA GESTION FARMACOTERAPÉUTICA

Los fármacos oncológicos representan el 18,5% del mercado hospitalario nacional a PVL. Sólo en 2015 se lanzaron 12 nuevos principios activos contra el cáncer de un total de 31¹⁹. De los 35 medicamentos comercializados ese año el 11,4% fueron destinados a tratar patologías hematológicas.

Como hemos visto, este importante **impacto de la innovación en el área oncológica** podría suponer un impacto económico global para el SNS español tanto por su **coste inicial como por los cambios que conlleva en la planificación y gestión de los recursos sanitarios**²⁰. Por ello es necesario revisar los sistemas de gestión establecidos e incorporar novedades que permitan la incorporación de estos medicamentos innovadores y su constante evaluación. Así, la introducción de la innovación farmacéutica debería contemplarse bajo una perspectiva de inversión y no de gasto.

Las agencias reguladoras del medicamento (AEMPS, EMA, FDA) han establecido rigurosos y exigentes criterios para asegurar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos que se someten a aprobación. El marco normativo del Ministerio de Sanidad certifica una financiación selectiva de los medicamen-

tos, en base a criterios bien establecidos, que asegura el acceso de los pacientes a los medicamentos en condiciones de equidad²⁰.

Acuerdos de riesgo compartidos

Un paso que se ha dado en este sentido son los **nuevos modelos de relación con la administración, basados en resultados de salud**. En lugar de los esquemas tradicionales de pago, con fijación rígida de los precios, se han planteado alternativas basadas en incentivos y con capacidad para limitar las incertidumbres. Estos esquemas se basan en que el proveedor de la innovación no sea indiferente a las consecuencias de la utilización del medicamento. Así **se reparte el riesgo entre los agentes, evitando que el pagador tenga la percepción de que las incertidumbres caen sobre él**²².

*El impacto de la innovación en el área oncológica supone un impacto económico grande para el SNS español tanto por su alto coste inicial como por los cambios que conlleva en la planificación y gestión de los recursos sanitarios*²⁰

La instauración de estos acuerdos de riesgo compartido es de interés tanto para el proveedor como para los pagadores de los productos médicos. Implican un "pago por rendimiento" que se valora estableciendo un plan en una población de pacientes definida durante un periodo de tiempo determinado y el nivel de reembolso se basa en los resultados de salud alcanzados.

Los acuerdos de riesgo compartidos son una respuesta comprensible y lógica a la creciente presión de una mayor evidencia de la eficacia del mundo real y la rentabilidad a largo plazo de los nuevos medicamentos y otras tecnologías de la salud en la primera fase de la adopción y la difusión²³.

No obstante, todavía hay barreras, son procesos lentos, y hay que mejorar los sistemas de información. Ya están apareciendo los primeros resultados y van a permitir ver la relación entre el acceso y los resultados en los pacientes.

Optimización del proceso farmacoterapéutico

La innovación no está solo relacionada con el producto, hay que dar valor al proceso global. Así, para asegurar los resultados en la práctica clínica real es necesario llevar la **innovación también al proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la dispensación de los fármacos**, de forma que se **minimicen los errores y se optimice el beneficio clínico de dichos fármacos, incorporando estrategias de mejora y de normalización de prácticas y tecnología**.

La prescripción electrónica asistida (PEA), supone un claro ejemplo de innovación. En el campo de la Hemato-oncología la incorporación de la PEA para la prescripción de quimioterapia en pacientes del servicio de Hematología, ha demostrado una disminución del riesgo absoluto de errores de medicación de un 40% y una reducción del riesgo relativo de un 92%²⁴.

La estandarización de la validación farmacéutica es un método efectivo para mejorar

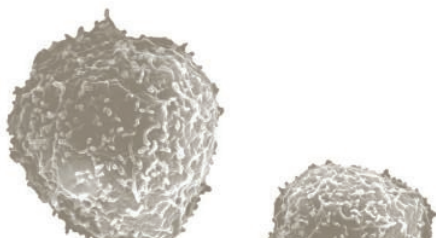
la calidad de los tratamientos oncológicos mediante el aumento de la interceptación de errores de medicación²⁵. Además, **la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar mejora la calidad de la atención farmacéutica a través del aumento de la identificación de oportunidades de mejora de la farmacoterapia y de actuaciones farmacéuticas que permiten reducir el riesgo de morbilidad farmacoterapéutica en los pacientes²⁶.**

Del 0,2 al 7,4% del total de los errores de medicación en el uso de citostáticos se producen en la elaboración de los mismos²⁷. La optimización en los procesos de elaboración es fundamental para reducir estos errores. La implementación de mejoras como el control gravimétrico, la identificación inequívoca mediante lector de código de barras y la elaboración automática de la medicación, ayudarán a esta optimización. Así mismo, los sistemas automatizados de administración reducen en un 73% los errores de administración²⁸.

Los acuerdos de riesgo compartidos son una respuesta comprensible y lógica a la creciente presión de una mayor evidencia de la eficacia del mundo real y la rentabilidad a largo plazo de los nuevos medicamentos y otras tecnologías de la salud en la primera fase de la adopción y la difusión²³

IMPACTO DE LA INNOVACIÓN EN LA ASISTENCIA A PACIENTES

Estamos asistiendo a la implementación de innovaciones espectaculares en el campo de la Hemato-oncología. Se ha progresado mucho en el diagnóstico, en la identificación de factores pronósticos clínicos y biológicos, en el tratamiento con terapias dirigidas y personalizadas. Cada vez se da más **importancia al tratamiento del paciente en su conjunto**



con medidas de soporte y acompañamiento lo que supone un gran impacto en la forma de llevar a cabo la actividad asistencial y de investigación.

La asistencia a los pacientes oncológicos requiere una especial coordinación por la complejidad de sus patologías. **La coordinación asistencial en estos pacientes debe ofrecer un enfoque interprofesional que reduzca, en la medida de lo posible, las situaciones que fragmenten la atención al paciente y especialmente las que le perjudican**²⁹. Existen oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la organización y gestión asistencial de la atención a los pacientes con cáncer en España. La Estrategia Nacional del Cáncer¹⁵, señala los siguientes puntos críticos: continuidad asistencial, diagnóstico y estadiaje, la decisión terapéutica y el volumen asistencial.

Para mejorar el acceso de los pacientes a los recursos asistenciales se deben establecer criterios y circuitos de acceso rápido a los recursos diagnósticos. Cada centro debería integrarse en una red asistencial oncológica, en la que se disponga de todos los tratamientos que pueda requerir un paciente, aunque no se efectúen en el mismo centro. Se buscará que el centro sea el mismo que para la cirugía y la radioterapia evitando así traslados adicionales. Los centros deben disponer de una comisión de tumores que vele por el cumplimiento de la implicación de los profesionales de las distintas disciplinas en la decisión terapéutica¹⁴.

El concepto de unidades asistenciales del área del cáncer incorpora el criterio de la interacción y sinergias existentes entre los distintos recursos específicos de oncología médica y radioterápica, así como el de otras especialidades que desarrollan recursos específicos, organizadas en redes asistenciales orientadas a garantizar una asistencia de calidad, segura y eficiente al paciente con cáncer. Para ello es necesario **contemplar la coordinación con atención primaria y otras unidades y servicios especializados no específicos, así como con las unidades de rehabilitación, convalecencia / media estancia y cuidados paliativos**¹⁴.

A lo largo del tiempo, un paciente puede, potencialmente, ser atendido por una serie de distintos profesionales en múltiples unidades, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de urgencia, atención hospitalaria y rehabilitación, entre otras. De forma adicional, puede encontrarse (en determinadas modalidades de atención) con hasta tres turnos de personal por día. La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención debe incluir toda la información esencial, para no poner en riesgo la seguridad de los pacientes. La coordinación entre equipos es clave para que esto suceda.

La coordinación asistencial en estos pacientes debe ofrecer un enfoque interprofesional que reduzca, en la medida de lo posible, las situaciones que fragmenten la atención al paciente y especialmente las que le perjudican²⁹

Además de la historia clínica compartida, la utilización de tecnología de la información fácilmente accesible, como el teléfono móvil, el correo electrónico y la videoconferencia, deben facilitar la comunicación e intercambio de información entre los diferentes nodos de la red. Las UAACA deben asegurarse de disponer de estos recursos, así como que existan en otros ámbitos que conforman la red: atención primaria, hospitales «locales», etc. A los objetivos de compartir la información y garantizar la comunicación, se debe añadir el de evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes³⁰.

Por todo ello, el modelo de atención, basado en la continuidad asistencial debe ser cada vez más cooperativo tanto en lo asistencial como en la investigación. Se instauran nuevos modelos de gestión clínica, más eficientes, los cuales favorecen la capacidad de autonomía y autogestión de ciertas unidades. Los médicos deben contribuir a la sostenibilidad económica y esto es una novedad. **La optimización de**

la asistencia del paciente no consiste solo en mejorar los fármacos con los que se tratan sino también, en renovar el modelo de atención actual, mejorando la figura de los gestores de pacientes, estableciendo circuitos bien definidos y prioritarios, teniendo en cuenta a los cuidadores y el tratamiento psicológico. También es importante el soporte religioso, sobre todo en las etapas finales de la vida, el buen manejo del dolor, los equipos de terapia domiciliaria y terapia intensiva ambulatoria, y el soporte socio-sanitario y trabajo social.

El concepto de unidades asistenciales del área del cáncer incorpora el criterio de la interacción y sinergias existentes entre los distintos recursos específicos de oncología médica y radioterápica, así como el de otras especialidades que desarrollan recursos específicos, organizadas en redes asistenciales orientadas a garantizar una asistencia de calidad, segura y eficiente al paciente con cáncer¹⁴

Para implementar todo esto se han indicado nuevos modelos de gestión clínica que van más allá de la atención en un servicio concreto. Se habla de gestión centrada en el paciente: algo que los facultativos han hecho siempre pero que debe hacerse extensivo a todo el sistema. Para ello hay que organizar los procesos asistenciales, que pueden ser transversales, definir guías clínicas, establecer comités interdisciplinarios,

definir los circuitos, tomar las decisiones en equipo, coordinar los niveles asistenciales (primaria, hospital de referencia, etc.). Estos sistemas deben ser de calidad para que sea posible superar los sistemas de acreditación de la asistencia.

Se han ensayado nuevos modelos de organización: Unidades de Gestión Clínica, Institu-

tos, Servicios mancomunados. Con la intención de que contribuyan a la sostenibilidad y al desarrollo de los propios servicios a través de la autonomía de gestión.

Se deben evitar repetir las curvas de aprendizaje tanto en el diagnóstico como en el tratamiento sobretodo de procesos complejos establecidos ya en determinados centros. Está abierto el debate entre planificación y libre elección de centro. Hay que buscar la interacción bidireccional entre los centros y no centrípeta.

Esta innovación lleva consigo la necesidad de ampliar el conocimiento en todos los ámbitos del abordaje de las patologías.

Como consecuencia de esta actualización constante del conocimiento es necesario plantear una nueva forma de organizar el trabajo en los centros sanitarios y la cooperación entre los profesionales implicados.

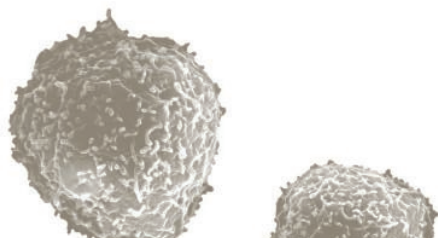
Además, se potencian otros aspectos como el acompañamiento o la calidad de vida del paciente que hacen necesarios nuevos modelos de gestión clínica.

Los pacientes han de tener también su papel estableciendo cuáles son sus demandas. Hay que estar en contacto y ofrecer servicios a las Asociaciones de Pacientes.

Para favorecer el papel del paciente y mejorar su atención son necesarias iniciativas como la de la SEHH que ha firmado un convenio de colaboración en formación e investigación con la Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia (AEAL)³¹.

Hematogeriatria

Como ya se ha comentado, el aumento de la esperanza de vida en la sociedad, supone un aumento de la incidencia de cáncer en la población de edad avanzada. El 60% de los pacientes con hemopatías malignas son hoy mayores de 65 años y esta proporción seguirá aumentando en el futuro. El cáncer, al igual que las enfermedades crónicas, aumenta exponencialmente después de los 50 años de



Las características genéticas de las hemopatías clonales son diferentes que en la población más joven. Estos factores junto a la aparición constante de nuevos fármacos con mecanismos de acción muy selectivo y con perfiles de tolerancia óptimos obligan replantear el cómo tomar las decisiones diagnósticas terapéuticas en los pacientes mayores³³

se manejan en la toma de decisiones en estos pacientes: las características del paciente, las de la enfermedad a tratar y la de los fármacos o técnicas de que se dispone. Los mayores tienen una reserva funcional muy heterogé-

edad. Las hemopatías malignas: mielodisplasia, leucemia, linfoma, mieloma, etc., son las más incidentes en este grupo de edad. Aunque se han logrado avances clínicos sustanciales en el manejo de pacientes mayores con hemopatías malignas y no malignas hay todavía lagunas en el conocimiento³². Para el **Grupo Español de Hematogeriatría de la Sociedad Española de Hematología**, la hematogeriatría nace para cubrir las necesidades de armonización de tres grandes factores que

nea y algunos pacientes mayores son muy vulnerables para tolerar determinados tratamientos. Por otro lado, **las características genéticas de las hemopatías clonales son diferentes que en la población más joven. Estos factores junto a la aparición constante de nuevos fármacos con mecanismos de acción muy selectivos y con perfiles de tolerancia óptimos obligan replantear el cómo tomar las decisiones diagnósticas terapéuticas en los pacientes mayores³³.**

Un problema añadido es que los pacientes de edad avanzada están muy poco representados en los estudios clínicos, lo que impide conocer como podría ser la respuesta de esta población a los fármacos innovadores. Existen barreras relacionadas con factores tanto del diseño de los estudios y sus objetivos como relacionados con el paciente o las diferencias en las patologías en estas edades, que deben ser solventados para que los pacientes mayores formen parte de los ensayos o se establezcan ensayos específicos para este grupos^{34,35}. Así, en pacientes mayores ASCO, recomienda enfocar la investigación en los grupos de mayor edad en los cuales la medicina basada en la evidencia está menos sustentada porque con mucha frecuencia no se incluyen en estudios clínicos³⁶.

WORKSHOP

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Es necesario plantear nuevas fórmulas de planificación en Hemato-Oncología que sean viables y sencillas y evaluarlas de forma rigurosa de manera que permitan conocer el valor real y global de los tratamientos teniendo en cuenta todos los factores. Se detallan a continuación las propuestas de valor de los participantes en el foro de debate sobre Planificación estratégica:

REGISTRO DE DATOS

El registro de datos se considera un **punto clave para mejorar la planificación**. Por ello, un objetivo prioritario es optimizar esta recogida de datos.

- Los datos registrados permiten la valoración real del impacto presupuestario de las terapias desde la clínica. Son una **manera eficaz de recopilar datos sobre los nuevos tratamientos médicos**. Para que cumplan este objetivo tienen que ser diseñados y evaluados cuidadosamente, en particular, en cuanto a su tiempo de seguimiento. El registro de estos datos debería realizarse a través de la Historia Clínica.
- Así, se propone una Historia Clínica longitudinal, electrónica y obligatoria. Debe desarrollarse un **modelo de Historia Clínica que permita el procesamiento y análisis de los datos de forma multicéntrica y multiregional**.
- Se deben romper compartimentos estancos de forma que **los datos puedan ser visualizados, compartidos y utilizados para fines de investigación y generación de conocimiento**.

FORMACIÓN

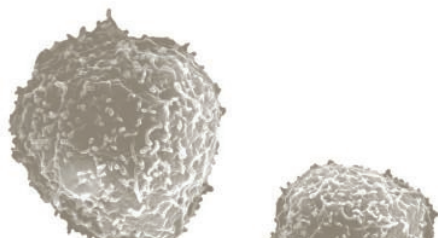
La formación en planificación y gestión de los futuros especialistas hará posible que, desde el inicio de su carrera profesional, sean conscientes de la **importancia e implicaciones de esta en su práctica clínica**.

- Los pacientes, que cada vez tienen más acceso a la información, tienen derecho a que esta información sea de calidad y adecuada. **La capacitación de los pacientes puede ayudar a reducir las consultas y mejorar los resultados de los tratamientos**.

CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES

Deben explorarse **nuevas alternativas a las políticas asistenciales que sean sostenibles y realistas**.

- **El facultativo debería estar informado del coste del proceso asistencial** de forma desglosada incluyendo todos los costes y no solo los fármacos.
- Todos los implicados en los procesos asistenciales deben corresponsabilizarse de la contención del gasto. Para ello sería positivo **instaurar políticas de incentivación positiva** que premiaran aquellos centros que lograran cumplir los objetivos de gasto y resultados.
- La **planificación asistencial** debería estar **despolitizada y centrada en el beneficio del paciente**.



GESTIÓN

La gestión adecuada de los recursos para asegurar el acceso a la innovación de los pacientes, requiere un esfuerzo tanto institucional como personal para parte de todos los implicados.

Los participantes en el foro de debate sobre Gestión recogieron las propuestas que se detalla a continuación:

EQUIDAD

Actualmente **la inequidad es una realidad** no sólo en acceso al mercado sino también en los sistemas de información, de seguridad y de personal.

- **Debe reducirse la diferencia en todos los ámbitos para que la innovación llegue a todos.** Es necesario hacer un análisis de inequidad en otros parámetros de calidad más allá de la accesibilidad a determinados fármacos.
- **Las Sociedades Científicas tienen un papel fundamental** en la reivindicación de la equidad.

EVALUACIÓN DEL MEDICAMENTO

- Para asegurar que los nuevos fármacos innovadores que llegan a la clínica son adecuados y ofrecen los resultados esperados, es necesario reevaluarlos a lo largo del tiempo y en pacientes reales. Para poder mantener los medicamentos incorporados en el arsenal terapéutico, es necesario que ofrezcan resultados. **La evaluación continua de los medicamentos permite revisar su situación y tomar decisiones** (inversión y desinversión).
- Hay que **incorporar en las Comisiones de Farmacia el análisis de resultados**, no sólo por beneficio económico, sino por el conocimiento que genera.
- **El análisis de resultados debe seguir protocolos y procesos normalizados** y permitir la difusión de los resultados.

COMITÉS DE EXPERTOS

- **Todos los estamentos** (médicos, gestores, personal de enfermería, farmacia hospitalaria) **deberían estar implicados en los procesos de calidad** para asegurar los resultados.
- **Se propone crear Comités de Expertos que sienten las bases de cómo se deben utilizar los medicamentos**, especialmente los de alto impacto económico, y cómo realizar el análisis y seguimiento de los datos: registros de pacientes, estudios clínicos y evaluación económica.
- **Las Sociedades Científicas y Grupos Cooperativos son un elemento clave en la toma de decisiones** en relación con los procesos y a la evaluación de la innovación.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- La **publicación por parte del Ministerio de Sanidad de los datos de consumo de fármacos por comunidades autónomas y hospitales** facilitaría la difusión de la información y la transparencia y sería además para mejorar la evaluación de los resultados a futuro.
- **La generación de un Sistema de Información Nacional que recogiera las variables de efectividad en la práctica real**, ayudaría a analizar la práctica clínica.
- **La mejora de los sistemas de información favorecerá la equidad entre las diferentes Comunidades Autónomas.**

ASISTENCIA A PACIENTES

Todas las novedades tienen un gran impacto en la forma de llevar a cabo la actividad asistencial y de investigación. Por ello, es necesaria una actualización constante del conocimiento, generando una nueva forma de organizar el trabajo en los centros sanitarios, fomentando la cooperación los profesionales implicados.

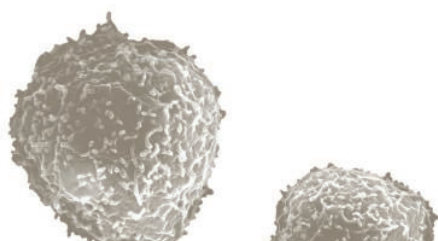
En esta línea se recogieron las siguientes propuestas en el Foro de debate sobre Asistencia a Pacientes:

DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES A ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

- **El seguimiento de los pacientes hemato-oncológicos puede ser realizado**, en determinados momentos de la enfermedad, **por los Médicos de Atención Primaria**. Esta derivación reducirá el número de consultas hospitalarias reduciendo costes. Para facilitar este aspecto se propone:
 - Definir los criterios de derivación adecuados
 - Formar a los médicos de AP en aspectos concretos de las patologías hemato-oncológicas que les permitan un mejor seguimiento de los pacientes.
 - En el proceso hematológico integral es importante el cuidado por procesos, por lo que la formación de los médicos de Atención Primaria en hematología será clave para incorporar la innovación de forma sostenible.

MEDICINA DE PRECISIÓN

- La medicina de precisión es una realidad que **conlleva nuevas estrategias asistenciales y la necesidad de formación permanente por parte de los profesionales sanitarios**. Esta medicina de precisión se refleja en todos los momentos de la enfermedad del paciente, desde el diagnóstico, incluyendo el diagnóstico molecular, al tratamiento ajustado a la enfermedad, al riesgo y al paciente.
- **La medicina individualizada debe considerar al paciente de una manera global** teniendo en cuenta las comorbilidades, la calidad de vida y la entidad psicosocial del paciente.
- Para realizar esta medicina individualizada **es preciso crear equipos multidisciplinares, que colaboren en red**, para lo que debe trabajar en:
 - Estandarizar los procedimientos.
 - Fomentar la cooperación y compartir recursos evitando la atomización.
 - Elaborar algoritmos diagnósticos-terapéuticos basados en el diagnóstico de precisión.
- Los informes de posicionamiento terapéutico también están relacionados con la medicina de precisión. Por ello **es importante la implicación de las Sociedades Científicas** en su elaboración desde el principio y en su adopción en todas las comunidades autónomas.

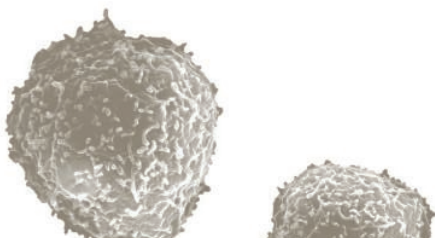


HEMATOGERIATRÍA

- **El envejecimiento de la población supone un cambio de paradigma en la práctica asistencial**, por ello, hay que tomar en consideración a las personas mayores, sus comorbilidades, fragilidad, y la edad biológica frente a la edad cronológica y personalizar su abordaje.
- **Los mayores deben tener los mismos derechos en el acceso a la innovación.** Para evitar la discriminación por edad en los ensayos clínicos se deben adecuar estos al tipo de paciente (comorbilidades, calidad de vida).
- Existe la **necesidad de investigar a fondo los factores predictivos de toxicidad** ya que es clave para el éxito de los tratamientos terapéuticos en este conjunto poblacional.
- El **uso de escalas de valoración de la fragilidad y de guías y algoritmos específicos** para esta población geriátrica mejorará la práctica asistencial.
- **En hematogeriatria, los tratamientos innovadores deberían estar destinados a mejorar la calidad de vida del paciente**, sin comorbilidades añadidas y teniendo en cuenta al paciente en todo su conjunto.

REFERENCIAS

1. Las Cifras del Cáncer en España 2017. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Disponible en: <http://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanya-com/105941-las-cifras-del-cancer-en-espana-2017>.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: 33 IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013 Apr;49(6):1374-403.
4. Allemani C, Weir HK, Carreira H et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet*. 2015;385(9972):977-1010.
5. Cabiedes L. A propósito de la excepcionalidad de las innovaciones farmacológicas para el cáncer. *Gac Sanit*. 2013;27(1):84-88.
6. Wilking N, Jonsson B, Hogberg D, Justo N. Comparator report on patient access to cancer drugs in Europe. EFPIA. Stockholm, 2009.
7. Jameson JL, Longo, DL. Precision Medicine - Personalized, Problematic, and Promising. *N Engl J Med*. 2015; 372(23): 2229-2234.
8. Diaz Rubio E. La investigación traslacional en la oncología clínica: retos y oportunidades. *Farm Hosp*. 2010;34(Supl 1):1-7.
9. del Llano Señarís JE, López-Casasnovas G, Lens Cabrera C. Innovación y solvencia: cara y cruz de la sostenibilidad del sistema sanitario español. Fundación Gaspar Casal. 2016.
10. Howard DH, Bach PB, Bernd ER et al. Pricing in the Market for Anticancer Drugs. *Journal of Economic Perspectives*-Volume 29, Number 1-Winter 2015-Pages 139-162.
11. Cherny NI, Sullivan R, Dafni U, Kerst JM, Sobrero A, Zielinski C et al. A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). *Ann Oncol*. 2015; 26(8): 1547-1573.
12. Ellis LM, Bernstein DS, Voest EE et al. American Society of Clinical Oncology perspective: raising the bar for clinical trials by defining clinically meaningful outcomes. *J Clin Oncol* 2014; 32: 1277-1280.
13. García-Armesto S et al. Spain: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010; 12(4): 1-295.
14. Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes, estudios e investigación 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf
15. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
16. Palm W, Glinos IA, Rechel B, et al. Building European reference networks in health care. Exploring concepts and national practices in the European Union: Copenhagen, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP); 2013.
17. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:es:PDF>
18. Ferro T, Borrás JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit*. 2011;25(3):240-245.
19. El Economista (7/04/2016) <http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/7473760/04/16/Los-nuevos-farmacos-oncologicos-tardan-dos-anos-en-llegar-a-Espana.html>
20. Para Rodríguez-Santana I. Accesibilidad y equidad en la innovación terapéutica. 2015. Fundación Bamberg.
21. Informes de Posicionamiento terapéutico: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/home.htm>
22. Guía para la definición de criterios de aplicación de esquemas de pago basados en resultados (EPR) en el ámbito farmacoterapéutico (Acuerdos de riesgo compartido). 2014. Departament de Salut. Generalitat Catalana. CatSalut. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/acords_risc_compartit/guia_epr_castellano_1.0.pdf
23. Garrison LP, Towse A, Briggs A et al. Performance-Based Risk-Sharing Arrangements-Good Practices for Design, Implementation, and Evaluation: Report of the ISPOR Good Practices for Performance-Based Risk-Sharing Arrangements Task Force. *Value Health*. 2013; 16(5): 703-719.
24. Gramage Caro T, Bermejo Vicedo T, Benedí González J. Errores de medicación en quimioterapia antes y después de la implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida. *An Real Acad*



- Farm. 2013. Vol 79, 31:450-64.
- 25.** Serrano Fabiá A, Cavero Rodrigo E, Albert Mari A. et al. Pharmaceutical validation as a process of improving the quality of antineoplastic treatment J Oncol Pharm Pract. 2005 Jun;11(2):45-50.
- 26.** Cavero Rodrigo, Climente Martí M., Navarro Fontestad M C. et al. Evaluación de la calidad de dos modelos de atención farmacéutica en pacientes onco-hematológicos FARM HOSP Vol. 31. N.º 4, pp. 231-237.
- 27.** Aguilera Vicente T, Vuelta Arce M, Monfort Cervera MP et al. Análisis de los errores de prescripción y preparación de medicamentos citostáticos detectados en un Servicio de Farmacia Atención Farmacéutica, ISSN 1139-7357, Vol. 13, N.º. 4, 2011, págs. 239-243.
- 28.** Larsen GY, Howard BP, Cash J et al, Standard drug concentrations and smart-pump technology reduce continuous-medication-infusion errors in pediatric patients. Pediatrics. 2005;116:e21-e25.
- 29.** Ollero M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C et al. Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). 2011. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/boletin/2011%20semFYC%20SEMI%20DocConsenso%20AtencionPacienteEnfCronicas.pdf>
- 30.** Carlow DR. The British Columbia Cancer Agency: a comprehensive and integrated system of cancer control. Hospital Quarterly 2001 (spring):1-19.
- 31.** Bron D, Ades L, Fulop T et al.; Elderly Task Force in Hematology EHA SWG. Aging and blood disorders: new perspectives, new challenges. Haematologica. 2015; 100(4): 415-417.
- 32.** Grupo Español de Hematogeriatria. Sociedad Española de Hematología. <http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2016/hematogeriatria/PRESENTACION-II-WHORKSHOP-GEHEG.pdf>
- 33.** Denson AC, Mahipal A. Participation of the elderly population in clinical trials: barriers and solutions. Cancer Control. 2014; 21(3): 209-214
- 34.** Townsley CA Selby R, Siu LL. Systematic review of barriers to the recruitment of older patients with cancer onto clinical trials. J Clin Oncol. 2005; 23(13): 3112-3124.
- 35.** Hurria A, Levit LA, Dale W et al. Improving the evidence base for treating older adults with cancer: American Society of Clinical Oncology Statement. J Clin Oncol. 2015 Nov 10;33(32):3826-33.

Este informe es propiedad de Gilead. No obstante, su contenido está formado por opiniones y conclusiones de los expertos que participaron en el Foro de Innovación en Hemato-Oncología, sin que Gilead haya influido en el contenido del mismo.

Reflexiones. Foro de Innovación en Hemato-Oncología. Realizado en noviembre 2015.

Con el aval científico de:



Sociedad Española de
Hematología y Hemoterapia



GILEAD

