

## IV Aula de Gestión de Aragón 2024 INNOVACIÓN EN ONCOLOGÍA: **LA VISIÓN DEL GESTOR**

El día 18 de diciembre a las 15 horas se convocó a los socios y simpatizantes de SEDISA Aragón, en esta ocasión en el Hotel ILUNION Romareda en Zaragoza para desarrollar nuestra cuarta sesión de 2024, como las anteriores dedicada a la innovación en oncología.



La jornada se abre de forma relajada con un agradable lunch que permite la presentación de los asistentes y un espacio para el dialogo y la generación de sinergias.

Estos espacios han sido posibles gracias al apoyo de AMGEN, que a través de Dimas Repolles y Alberto Sanchez, han estado siempre atentos para facilitar todas las sesiones de este proyecto. Durante dos años y 8 sesiones en total nos ha permitido repasar aspectos del desempeño de los gestores y también posicionamientos y herramientas para la innovación y el trabajo diario.

En esta última sesión de 2024 nos acompaña la Dra. Dña. Candela Calle, que según nos presenta Dña. Carmen Vicente, moderadora de la sesión, es doctora en Ciencias de la salud por la Universidad Internacional de Cataluña y licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Además, cuenta con un máster en investigación en salud por la Universidad de Lérida y una diplomatura en alta dirección de empresas por ESADE. La Sra. Calle ha compaginado su carrera en gestión sanitaria con la dirección de diversos proyectos asistenciales, en servicios sociosanitarios y salud mental en Parc Tauli, en el Hospital Sant Pau y en el Arnau de Lérida. En 2010 asumió la Dirección General del Instituto Catalán de Oncología (ICO) que compatibilizo con el cargo de Directora Gerente del Instituto Catalán de Salud entre 2016 y 2018. También ha sido directora de la fundación San Francisco de Asís hasta su actual responsabilidad como Gerente de la Región Sanitaria de Barcelona Norte y directora de los servicios territoriales. Toda esta extensa trayectoria laboral y de responsabilidad y liderazgo en la gestión la ha compaginado con la participación en la Junta Directiva de SEDISA de la que actualmente es



vicepresidenta. También hay que destacar su interés y “expertise” en liderazgo femenino.

## **LA VISIÓN DEL GESTOR**

A las 16h. empezó el acto, con unas breves palabras del que suscribe el relato, destacando y agradeciendo a todos el esfuerzo y la voluntad de compartir. A la ponente, especialmente, por el esfuerzo realizado para acudir y su disponibilidad. También, una vez más a los delegados de AMGEN por hacer posible el evento.

En un día para el recuerdo, repasamos tanto Carmen Vicente como yo, los dos años pasados, las intensas y provechosas 8 sesiones del aula, su acogida y repercusión positiva para todos.

## **EL DEBATE**



El debate moderado por Dña. Carmen Vicente, se sustentó en una serie de preguntas y respuestas por parte de la ponente Dña. Candela Calle. En mi papel de relator sintetizaré las partes que consideré más interesantes. Este documento no es una transcripción, es una condensación subjetiva elaborada por el relator, José Manuel Aldámiz.

1. ¿Qué opina sobre la **medicina personalizada**?
  - El primer concepto que sugiere para la ponente es **OPORTUNIDAD**, rompemos la idea de es muy caro y nos centramos en la oportunidad de cambiar las reglas del juego. Ahora ya no deberíamos comprar un medicamento, en su lugar compramos una solución y su valor se establece por lo que puede aportar en salud para el paciente. De tal forma que, si su aportación no es la esperada, el coste o no se asumirá o será una parte sustancialmente menor del de ficha técnica.
  - Este escenario, para nada nuevo, obliga a una serie de requisitos necesarios, que, por desgracia, han evitado que este modelo exitoso tenga una implantación alta. La principal necesidad esta centrada en unos sistemas de información sólidos, en tiempo real, transparentes y trazables. La otra clave es la modernización y la formación de los responsables de

presupuestos y de contratación pública, los nuevos contratos públicos deben tener nuevas reglas, la normativa ya lo permite, pero los interventores aun no han dado el paso, las centrales de compras no se han activado y muchos gestores desconocen las posibilidades de los modelos de riesgo compartido.

- Somos servicios públicos y nuestra labor es velar por la eficiencia en la gestión, una gestión ética y responsable encaminada a garantizar la sostenibilidad, pero sin pérdida de calidad y servicio.
- Este cambio se debe impulsar con al participación de todos los agentes, los profesionales deben entender e implicarse, los pacientes deben conocer y



compartir las decisiones, para que el cambio se sustente y se mantenga en el tiempo todos deben sentirse parte y sentir que una parte de esos beneficios también le alcanza a ellos. Las medidas son variadas;

prestigio, progresión profesional, valor social, responsabilidad, sentido de pertenencia...

2. Cree que ¿la accesibilidad y la equidad en Oncología están garantizadas? ¿Cómo debería ser la incorporación de las innovaciones terapéuticas? Esta pregunta es difícil contestar con un monosílabo, la Dra. Calle reflexiona sobre quien recae la responsabilidad, ¿Quién es el garante de la accesibilidad y la equidad?

- Para la ponente, ese problema es de la sociedad en su conjunto, no solo de sanidad, las políticas en muchos aspectos diferentes de la sanidad condicionan esa contestación. Esta reflexión me recuerda los planteamientos de la [comisión de salud pública de la Unión Europea](#) relativos a la salud en todas las políticas. El margen de mejora en este punto es evidente, pero insistiendo en la importancia de valorar todas las decisiones, vivienda, comunicaciones, educación, transporte, etc.... Debemos entender que la solución no siempre va a ser tener un recurso remoto, esas decisiones se deben estudiar relacionando demanda con curvas de aprendizaje y de actualización. El riesgo de la dispersión de recursos tiene que ver con la pérdida de calidad y de seguridad clínica. Visión global y reflexiones compartidas con todos los agentes sociales.

3. Hoy en día, ¿el límite de actuación está marcado por la edad?

- La edad medida por años vividos no es un indicador válido, la edad y la calidad de vida sí pueden utilizarse como indicador indirecto. En este punto reflexionamos sobre hasta donde debe llegar el esfuerzo terapéutico, es importante medir los beneficios de una decisión terapéutica. En ausencia de beneficios, nos deberíamos centrar en mejorar la calidad de vida y el acompañamiento y no seguir con medidas que no aportan valor y posiblemente sufrimiento. En este punto la información y el acompañamiento de los profesionales y su relación con los pacientes y las familias es esencial. Así mismo la coordinación con los niveles de atención de paliativos es vital, comenta el modelo Catalán de los [PADES](#)
- Las asociaciones de pacientes y los comités de ética también deben formar parte de todas estas decisiones, tanto en temas de sostenibilidad, como en temas de ensañamiento terapéutico, como en posicionamientos terapéuticos o estrategias de investigación.
- Todos los mecanismos de normalización, a través de Unidades funcionales, Comités de Tumores u otros sistemas que normalicen los procesos, generen protocolos y permitan garantizar la equidad son necesarias y conllevan mejoras evidentes en los servicios. Las nuevas tecnologías aportan facilidad y solventan los problemas de dispersión de los profesionales, las diversas opciones de teleasistencia/presencia lo pueden permitir.

4. Modelos centralizados como el ICO, ¿considera, ¿que son más sostenibles, fomentan la innovación y la investigación más que la dispersión de los centros?

- La experiencia de su implantación en Cataluña ha sido muy positiva, en ese viaje, que se inició con muchas resistencias, ha habido fases, avances y asunción de limitaciones. Así, de la idea original de toda Cataluña bajo un solo paraguas, se ha pasado a una solución de compromiso en la que se compagina el ICO y el centro de excelencia del [Hospital Vall d'Hebron](#).
- Desde su punto de vista Aragón con una población de alrededor de un millón y medio de personas podría ser un escenario ideal para replicar el modelo, asistencia distribuida con profesionales que acuden a centros remotos en días determinados, centralización de la compra y la inversión tecnológica. Todo ello con protocolos y medidas de la calidad y los incentivos iguales en todos los niveles. La implantación del modelo debe resolver varios retos,

entre ellos, canaliza todo el esfuerzo investigador en esa área, elimina barreras, democratiza las decisiones, permite que todos los centros trabajen bajo un solo identificador, con lo que los ensayos se realizan en todos y cada uno de los centros integrados. Los valores teóricos son claros, el principal problema los egos de los agentes afectados. Se precisa de un liderazgo claro y un sólido, alejado de cortoplacistas. En este caso la condición de ayuda, demasiados afectados por

- También concepto se plantea puede extender a otros ejemplos posibles; Atención pediátrica, Atención de la patología Vascolar, ...



apoyo institucional servidumbres población total. profundizando en el que el modelo se áreas terapéuticas,

5. ¿Hemos avanzado en la prevención del cáncer gracias al screening y los biomarcadores?

- Nuevamente nos referimos a todas las políticas, y sobre todo en la educación para la salud, parece que se esta volviendo a fumar, que los hábitos de riesgo crecen y no decrecen, más implicación en la escuela y en las etapas precoces de la maduración del individuo. El riesgo de las adicciones y las pantallas, en ocasiones no debemos perder de vista la esencial antes de pasar a el resto de las medidas.
- En la misma línea, esa educación sesgada nos lleva que más del 50% de la población diana de los programas de cribado no acuden. Falta de conciencia social y de medida del riesgo derivado de la ausencia de detección precoz.

6. ¿Qué papel juegan los ensayos clínicos y que futuro tiene la investigación sanitaria?

- Esenciales, pero con controles claros sobre objetivos, evitar redundancias y buscar retornos. El ICO se ha demostrado como una buena solución, pero la proliferación de Institutos de investigación supone una barrera por perdida de potencia al atomizar los proyectos, nos hace menos competitivos en Europa y menos atractivos para la industria.
- Los proyectos fallidos y farragosos, que incorporan poca población o que no cumplen con los requisitos también limitan la capacidad de incorporación a

nuevos retos. Siempre atentos y buscando la excelencia, cuidado con los egos nuevamente.

7. El rol del paciente. El paciente en el centro. A nivel de gestión ¿cree que debemos implicar más a los pacientes en comités y comisiones? ¿Qué papel debe jugar el paciente en los nuevos modelos de gobernanza?

- A lo largo de toda la sesión ha quedado claro que el paciente aun no ha podido alcanzar su situación central en el proceso. El camino es amplio y nuevamente se sustenta en modelos de educación más integradores y que permitan la integración de roles colaborativos y responsables de todos los agentes sociales.

8. ¿Cómo abordamos a nivel de gestión el abordaje de las necesidades de los largos supervivientes? ¿Podemos establecer nuevos modelos efectivos pero que también sean sostenibles?

- Del debate conjunto surge la idea de que la expresión es muy poco afortunada, la realidad es que las supervivencias con las nuevas terapias, el diagnóstico precoz y la protocolización, está permitiendo una disminución



muy pequeñas en la esperanza de vida de los pacientes oncológicos. El problema ahora es que esos pacientes que alcanzan la remisión completa y una calidad de vida similar al resto de la población llevan asociado una miscelánea de síntomas menores que

pueden ensombrecer su calidad de vida y que no están referenciados a ningún responsable clínico. Esta realidad, sigue pendiente de solución, mantener el vinculo con los profesionales que atendieron la fase aguda puede llevar asociado un aumento de la ansiedad y una cierta perpetuación del proceso oncológico, cuando el mismo ya está resuelto. Por otro lado, el profesional de atención primaria, en muchas ocasiones no se siente legitimado, ni reconocido por el paciente, generándose un vacío de referencias que puede ser nocivo.



Tras la fase de gestión del debate con el moderador, se abrió el debate a los asistentes, que fue muy animado, resaltándose y agradeciendo la calidad de la ponente y la gestión del moderador y evidenciando que aun estando capacitados para dar un gran salto en la gestión de estas y otras patologías, tenemos los pies de barro; en lo básico fallamos, en lo complejo somos excelentes. Debemos seguir trabajando para mejorar, todos somos arte y parte del problema y sufriremos las consecuencias de su evolución.

Como resumen, se ha hablado de oportunidades, de riesgo compartido, de medir valor y contratar por valor, de responsabilidad social, de gestión responsable y transparente, de mejorar la calidad de vida de los que sufren con una visión holística (ellos y su entorno), de seguir trabajando para que el paciente pase de sujeto pasivo a realmente el centro del sistema, pasando de invitado a corresponsable. Para ello se precisa formación, tenacidad y respeto. Viendo siempre los restos del sistema sanitario como retos globales que trascienden a la visión única salubrista, la salud en todas las políticas.

A lo largo de las cuatro sesiones se ha puesto en evidencia que el principal reto **a resolver de forma inmediata es la consolidación de un Sistema de Información clínica, farmacológica y epidemiológica robusto y en tiempo real**. En este momento tenemos partes resueltas, pero no la globalidad. Ninguna estrategia de gestión basada en valor es posible en este momento en nuestra comunidad. El riesgo de la falta de información real y distribuida del uso de los fármacos oncohematológicos y en general biológicos es una gravísima disfunción. La incorporación de las posibilidades de generación de terapias Car-T mejorará nuestro posicionamiento, pero seguiremos siendo débiles en nuestra capacidad de manejo de los pacientes y en la evaluación de resultados.

Agradeciendo a todos los presentes por su participación, se despidió la sesión, felicitando a todos la navidad y deseando lo mejor para este 2025 que viene. Un año que supone un gran reto para nuestra agrupación, organizamos el 24 Congreso Nacional de Hospitales en Zaragoza. Con todos, para todos.

**Relator:** José Manuel Aldámiz-Echevarría Iraurgui

**Agradecimientos:** Dra. Dña. Candela Calle  
Carmen Vicente Gaspar  
A todos los asistentes en un día especial

**AMGEN:** Dimas Repolles Lasheras  
Alberto Sánchez Gracia