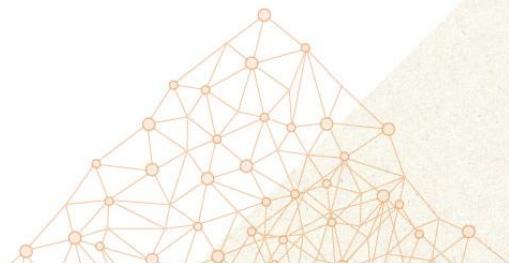
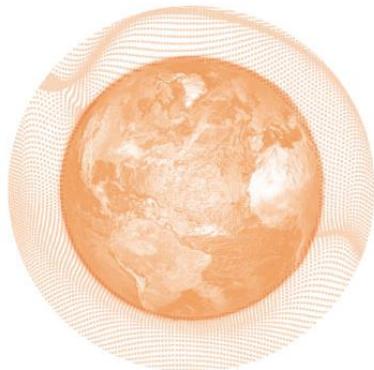


# EVALUACIÓN DEL PLAN ONCOLÓGICO DE EUSKADI 2018-2023

GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SALUD

VITORIA-GASTEIZ



Este documento es el resultado de la evaluación del Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023.

Se trata de una evaluación independiente realizada por la empresa LKS Next, comisionada por el Departamento de Salud.

Diciembre de 2023

**Equipo de LKS Next**

Ane Bustinduy Ojanguren

Laura Bezos Roseñada

María Ortiz Unzaga

## ÍNDICE

	Página
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>8</b>
El Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023 .....	8
Este documento .....	10
Introducción .....	11
Resultados, conclusiones y lecciones aprendidas.....	12
Principales retos del Plan Oncológico .....	17
Recomendaciones .....	21
<b>1 INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>27</b>
1.1 Este documento.....	27
1.2 El Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023.....	27
1.3 Objetivos y alcance .....	29
1.4 Metodología seguida .....	29
1.5 Estructura Organizativa .....	30
<b>2 RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
2.1 ¿Hasta qué punto el Plan Oncológico 2018-2023 ha orientado las acciones de cara a responder a las principales necesidades en materia de cáncer de la población del País Vasco? .....	31
2.2 ¿Cuáles han sido los principales logros del Plan Oncológico?, ¿hasta qué punto ha conseguido los resultados esperados? ¿Cuáles han sido las barreras, carencias...? .....	37
2.2.1 EJE 0: La persona como eje de la atención .....	37
2.2.2 EJE I: La acción intersectorial en oncología. Promoción de entornos saludables y programas de diagnóstico precoz poblacionales.....	45
2.2.3 EJE II: Sistemas de Información.....	65
2.2.4 EJE III: Modelo Asistencial .....	74
2.2.5 EJE IV: La medicina personalizada .....	95
2.2.6 EJE V: Investigación e Innovación.....	102
2.3 ¿Cuáles han sido los principales factores de éxito, así como las principales debilidades y barreras al desarrollo efectivo del Plan Oncológico? .....	108
2.4 Efectos de la Pandemia COVID-19.....	113

<b>3</b>	<b>CONCLUSIONES, LECCIONES APRENDIDAS Y RETOS.....</b>	<b>114</b>
3.1	Rol del Plan Oncológico.....	114
3.2	Principales contribuciones y logros .....	115
3.3	Principales retos del Plan de Oncológico .....	116
<b>4</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>120</b>
<b>5</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>126</b>
5.1	Anexo I. Documentación analizada.....	126
5.2	Anexo II. Personas interlocutoras entrevistadas .....	128
5.3	Anexo III. Grupos focales.....	130

## LISTA DE ACRÓNIMOS

ACP	Atención Centrada en la Persona
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ADNc	Ácido desoxirribonucleico circulante
AEG	Asociación Española de Gastroenterología
AEMP	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AP	Atención Primaria
ASGE	American Society for Gastrointestinal Endoscopy
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AYA	Adolescente y adulto joven
BBPP	Buenas Prácticas
BIOEF	Fundación vasca de innovación e investigación sanitarias
CAE	Comunidad Autónoma de Euskadi
CART	Chimeric Antigen Receptors in T-cells
CEIC	Comité ético de investigación clínica
COM	Comité de Oncología Molecular
CP	Contrato Programa
CCPP	Cuidados Paliativos
CNP	Consulta no presencial
CPCM	Círculo Prioritario Cáncer MAMA
CPNM	Cáncer de pulmón no microcítico
CPNMm	Cáncer de pulmón no microcítico metastásico
CoT	Comisión de Tumores
CPP	Cuidados Paliativos Pediátricos
CT	Comité de Tumores
DDFF	Diputaciones Forales
DS	Departamento de Salud
DPOES	Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias
EC	Ensayo clínico

EECC	Ensayos Clínicos
ESCAV	Encuesta de Salud de la CAPV
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
GECOP	Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal
GIP	Gestor de Programas Individualizados
GV	Gobierno Vasco
HºCº	Historia Clínica
Hdía	Hospital de Día
HUA	Hospital Universitario Araba
HUB	Hospital Universitario de Basurto
HUC	Hospital Universitario de Cruces
HUD	Hospital Universitario de Donostti
IIS	Institutos de Investigación Sanitaria
IRAS	Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
IUV	Índice de Radiación Ultravioleta
MARR	Matriz de riesgo en el Servicio de Radioterapia
MPP	Medicina personalizada de precisión
NGS	Next-Generation Sequencing
OAS	Oracle Analytic Server
OMS	Organización Mundial de la Salud
OOSS	Organizaciones de Servicios
OSI	Organización Sanitaria Integrada
OSI ECC	OSI Eskerraldea Enkarterri Cruces
OSK	Osakidetza
PAC	Punto de Atención Continuada
PE	Plan Estratégico
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PIA	Plan Individualizado de Atención
PIT	Plan Individualizado de Tratamiento
PCTI	Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación

PDPCM	Programa de detección precoz del cáncer de mama
PET	Tomografía de emisión de positrones
PROA	Programas de optimización de uso de antimicrobianos
POE	Plan Oncológico de Euskadi
PREM	Patient Reported Experience Measurement
PROM	Patient Reported Outcomes Measurement
PS	Plan de Salud
RDBO	Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza
RIS3	Estrategia de especialización inteligente
RTP	Residuos tóxicos y peligrosos
RVCTI	Red Vasca de Ciencia, Tecnología e Innovación
SEMFyC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SP	Salud Pública
SPD	Sistemas Personalizados de dosificación
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TIS	Tarjeta Individual Sanitaria
UE	Unión Europea
URM	Uso racional de los medicamentos
VOICE	Value based healthcare for Outcomes In breast and lung Cancer in Europe
VGI	Valoración geriátrica integral
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
VPH	Virus del papiloma humano

## RESUMEN EJECUTIVO

### El Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023

El POE define los ámbitos de actuación en atención oncológica para desplegar los elementos de intervención presentes en el Plan de Salud 2013-2020, y responder a los objetivos que este plantea.

El POE tiene como elemento nuclear las necesidades de la persona con cáncer, centrado en sus necesidades físicas y emocionales, pone el énfasis en la humanización de la atención oncológica como elemento central alrededor del cual se despliegan estrategias de intervención.

Como se observa en la figura 1, el POE 2018-2023 se ha articulado en torno a 6 Ejes, desplegados en 39 objetivos y 12 subobjetivos:

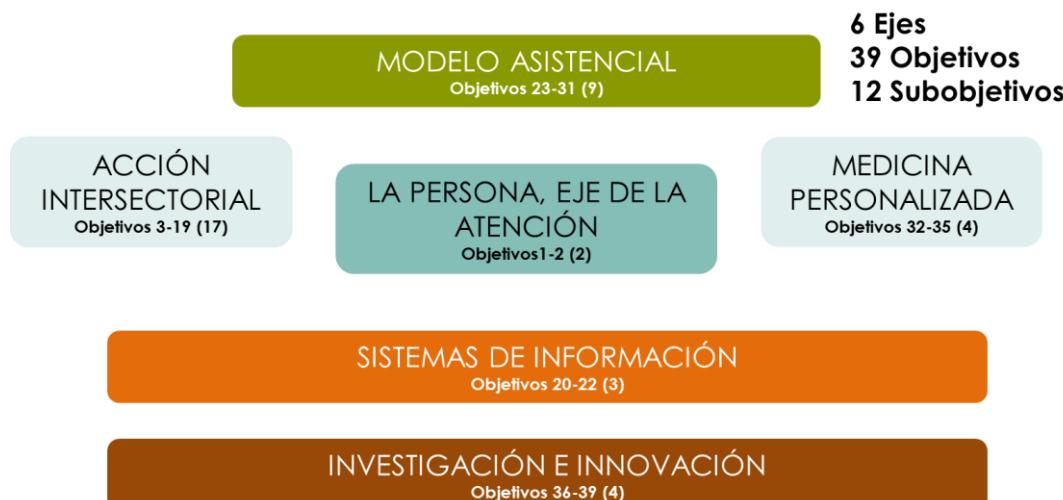


Figura 1 – Esquema de los 6 Ejes que constituyen el POE.

Los **6 Ejes** contemplan el abordaje del cáncer en sentido amplio, incorporando objetivos que van desde la promoción y la prevención, los sistemas de información y el modelo asistencial para la detección, el diagnóstico y tratamiento, la medicina personalizada y finalmente la investigación e innovación.

- **Eje 0. La persona como eje de la atención**, pone el énfasis en que la persona paciente sea el centro de la atención, en un acercamiento a la persona desde un enfoque biopsicosocial, en el que los y las profesionales están implicados en su atención. Establece los dos objetivos que más se acercan a objetivos de resultado, de impacto, al plantear el objetivo de mejorar la supervivencia de las personas que padecen cáncer, además de orientar y potenciar la

actitud del sistema hacia la humanización de la atención oncológica, proponiendo un objetivo específico.

- **Eje 1. La acción intersectorial en oncología.** Promoción de entornos saludables y programas de diagnóstico precoz poblacionales, responde a la parte de promoción, prevención y detección precoz, y lo hace desde una perspectiva amplia e intersectorial, con la necesaria implicación de otros agentes más allá del Sistema Vasco de Salud, en coherencia con el enfoque de salud en todas las políticas. Se despliega a través de 17 objetivos estructurados en: hábitos de vida saludable (4 Objetivos), Riesgos por radiaciones ionizantes (3 Objetivos), Melanoma-Riesgos por la exposición solar (1 Objetivo), Medio Laboral (4 Objetivos) y Programas de Cribado (5 Objetivos).
- **Eje 2. Sistemas de Información,** pone el foco en los SSII al considerar que la generalización del uso de la historia clínica informatizada y, en el caso de Euskadi, la integración de la información en Osabide Global, ofrece una excelente oportunidad para la mejora en los sistemas de información sanitaria. Se despliega a través de 3 objetivos y 2 subobjetivos: El registro de cáncer y el modelo de gestión necesario para el análisis en tiempo real de la información disponible; La integración de la gestión del proceso oncológico en Osabide; La implantación de modelos de evaluación de resultados en salud y calidad de vida de las personas pacientes.
- **Eje 3. Modelo Asistencial,** orientado al abordaje integral y multidisciplinar de los ámbitos de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, que tiene implicaciones organizativas y que el POE contempla a través de 9 Objetivos distribuidos en tres bloques: Aspectos generales, situaciones diferenciadas y Onkologikoa.
  - **Aspectos generales:** Con el despliegue de las Comisiones de Tumores CoT, los Comités de Tumores CT, las figuras de médico/a responsable, enfermeras/os de enlace y oncólogo/a de enlace. Además, incorpora la revisión y adecuación de circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico y tratamiento en aquellos tumores en los que esto implica un beneficio adicional en el pronóstico del paciente, con la implantación de canales de diagnóstico rápido entre AP y los equipos especialistas hospitalarios para el diagnóstico y tratamiento precoz ante signos o síntomas de sospecha de patología oncológica. Finalmente, se contempla el objetivo de concentrar procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia, que requieren de alta especialización en los que la concentración de conocimientos, medios y de un volumen mínimo de casos tratados aporta valor en cuanto a mejorar los resultados en salud en los y las pacientes. (3 Objetivos y 7 subobjetivos).
  - **Situaciones diferenciadas:** Una referencia específica a situaciones diferenciadas, como es el caso de los niños, niñas y adolescentes, las personas mayores, los largos supervivientes o las personas con necesidades de cuidados paliativos. (5 Objetivos).
  - **Onkologikoa:** Finalmente, la vinculación como modelo para articular la relación de Osakidetza con Onkologikoa. (1 Objetivo).

- **Eje 4 Medicina Personalizada**, con el abordaje asistencial diagnóstico-terapéutico diferenciado en grupos seleccionados de pacientes en función de la presencia de biomarcadores con implicaciones pronósticas y predictivas de resultados. El POE plantea 4 objetivos sobre los que definir las diferentes acciones que deben formar parte del despliegue de la Medicina personalizada de precisión MPP, objetivos que en parte se integran en el Modelo Asistencial que propone el Eje anterior, con la creación del Comité de planificación y gestión de la MPP, las Unidades de referencia para el diagnóstico molecular oncológico, los Comités de Oncología Molecular (COM) en las distintas OSIs que cuenta con servicios de oncología y el Comité de Oncología Molecular Corporativo.
- **Eje 5 Investigación e Innovación**, muy orientado a generar un marco común de gestión para la investigación clínica en cáncer que permita una oferta única del programa de EECC al conjunto de pacientes oncológicos de Osakidetza de los que se puedan beneficiar en un momento dado. Además, apuesta por definir y desarrollar un ámbito colaborativo para el desarrollo de la investigación traslacional en MPP en cáncer, de acuerdo con la estrategia de especialización inteligente (RIS3). Y finalmente, una apuesta por el fomento de los programas de Innovación Quirúrgica. Todo ello el POE lo plasma en 4 Objetivos.

En definitiva, este POE, tal y como se recoge al inicio, a través de los 6 Ejes, sus 39 objetivos y 12 subobjetivos hace un recorrido bastante completo por los principales aspectos que deben tratarse en el abordaje del cáncer a lo largo de toda la cadena de valor, con enfoque integral y multidisciplinar.

Además, hay que señalar que dado el enfoque principalmente asistencial que se le pudo dar al POE en el momento de su elaboración, no aparecen intervenciones vinculadas con algunos determinantes sociales de la salud como son el entorno, principalmente la contaminación ambiental, así como la perspectiva de la equidad en salud.

Asimismo, en el despliegue del POE se han puesto en marcha iniciativas que en el Sistema Público de Salud de Euskadi, Osakidetza, no se contemplaban inicialmente como son la innovación terapéutica en aspectos como CAR-T y la acreditación del Hospital Donostia para convertirse en Centro Nacional de Referencia para poder aplicar esta terapia en pacientes oncohematológicos; la puesta en marcha de la Unidad de Prototerapia, que permitirá ofrecer un tratamiento de vanguardia y precisión ante los tumores con una mejor distribución de la dosis de radiación y la reducción del riesgo de dañar los tejidos sanos; y la reciente renovación de aparataje y equipos de radioterapia incorporados en los centros de Osakidetza.

## Este documento

Una vez concluida la vigencia del POE 2018-2023, procede realizar una evaluación completa de su ejecución que permita valorar sus logros y resultados y extraer lecciones y aprendizaje para así constituir una base más sólida sobre la que iniciar el diseño, redacción y puesta en marcha del próximo POE, como instrumento fundamental para el abordaje del cáncer en Euskadi. La evaluación ha sido encomendada por la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación

Sanitarias (en adelante DPOES) adscrita al Departamento de Salud (en adelante DS) del Gobierno Vasco (en adelante GV) a un equipo de profesionales externos e independientes perteneciente a la empresa LKS NEXT. Este documento constituye el informe final de la evaluación del POE 2018-2023, y como tal, se articula en cuatro capítulos: Introducción, Resultados, Conclusiones y Lecciones Aprendidas y Retos, y Recomendaciones.

## Introducción

### Objetivos y alcance

La evaluación responde a los siguientes objetivos:

- **Estimar logros obtenidos** por el POE 2018-2023, identificar su valor añadido, **lecciones aprendidas, factores de éxito, barreras y obstáculos** a su implementación
- Establecer recomendaciones de cara a **dotar de mayor valor estratégico al próximo POE**

El alcance de la evaluación es el POE 2018-2023 **en su integridad**.

### Metodología seguida

El trabajo se ha desarrollado entre los meses de junio y septiembre de 2023, y se ha sustentado en un amplio **análisis documental** (la relación completa de documentación analizada aparece en el Anexo I), y, especialmente, en **entrevistas individuales y grupales**, a **35 interlocutores** (la relación completa de personas entrevistadas aparece en el Anexo II), y con **8 Grupos Focales** (ver Anexo III), entre los que cabe destacar el grupo focal de pacientes.

El **plan de trabajo** se ha articulado en tres grandes fases, tal y como se muestra en la figura 2:



Figura 2 – Esquema del proceso metodológico

1. **Diseño detallado del proceso de evaluación**, con la elaboración de la matriz de evaluación y la identificación de documentos, fuentes de información y personal interlocutor cualificado de grupos de interés.
2. **Desarrollo de la evaluación**, que ha incluido las siguientes líneas de trabajo:
  - a. **Análisis documental**.
  - b. **Entrevistas a interlocutores/as cualificados/as de grupos de interés**.
  - c. **Reuniones con Grupos Focales**.
3. **Informe final de evaluación**, tras la elaboración de un borrador avanzado del Informe de Evaluación y el contraste de éste con el Comité Director del Proyecto, se ha elaborado el Informe de Evaluación definitivo.

## Resultados, conclusiones y lecciones aprendidas

### Rol del Plan Oncológico de Euskadi

El POE 2018-2023 ha sido la referencia estratégica básica a partir de la cual se han elaborado y desplegado las actuaciones y programas en materia de cáncer. Ha sido un marco adecuado para reflexionar y poner en común los principales problemas en torno al cáncer y las necesidades específicas de la población en Euskadi, y refleja el compromiso político para hacer todo lo posible en la adopción de las medidas necesarias.

Ha sido el primer Plan Oncológico en Euskadi, y uno de los primeros a nivel estatal, lo que ha supuesto un reto en sí mismo. El POE ha hecho posible avanzar en el abordaje del cáncer con enfoque corporativo, aportando visión global y de conjunto, ayudando a homogeneizar las formas de hacer al objeto de beneficiar a todos los y las pacientes, independientemente de su lugar de residencia.

Además, el POE no es una estrategia aislada, sino que debe estar alineada con otras estrategias, políticas, planes... que de alguna manera velan por la salud de la población de Euskadi, desde el Plan Europeo de lucha contra el cáncer, el Plan de Salud de Euskadi, el Plan Estratégico de Osakidetza, y, en materia de investigación e innovación, con la Estrategia de Investigación e Innovación de Euskadi, entre otros.

En el caso concreto del Plan de Salud PS, el POE ha desplegado todas las acciones recogidas en el *Objetivo 2.5 Cáncer del PS 2013-2020*, que planteaba *Promover un modelo de atención a personas con cáncer a través de equipos multidisciplinares orientados a la atención integral, integrada, personalizada y coordinada*.

En lo que afecta al PE de Osakidetza, en el momento de aprobación del POE estaba en vigor el PE 2017-2020 con objetivos vinculados con la prevención y promoción de la salud, los programas poblacionales de cribado, el registro de cáncer, las agendas de investigación e innovación en áreas de interés como el cáncer, etc. El POE ha sido clave para desplegar el PE de Osakidetza en los objetivos vinculados específicamente y de manera más global con el cáncer.

Además, hay otras estrategias más específicas como la Estrategia de Investigación e Innovación de Euskadi, la Estrategia de Seguridad del Paciente, el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi o el Plan de Humanización Corporativo, entre otras, que deben estar alineadas y asegurar la coherencia cuando se trata del abordaje con pacientes con cáncer.

En lo que afecta al alcance, a través de los 6 Ejes, sus 39 objetivos y 12 subobjetivos, se contemplan los principales aspectos que deben tratarse en el abordaje del cáncer a lo largo de toda la cadena de valor, con enfoque integral y multidisciplinar; objetivos que van desde la promoción y la prevención, los sistemas de información y el modelo asistencial para la detección, el diagnóstico y tratamiento, la medicina personalizada y finalmente la investigación e innovación. Se ha tratado de un plan enfocado principalmente en lo asistencial, lo que ha podido ser el motivo por el que aspectos vinculados con el entorno no estén contemplados.

El cuadro de mando del POE es, asimismo, un instrumento fundamental para garantizar su efectividad como herramienta estratégica. El POE 2018-2023 identifica, al menos, un indicador por cada uno de sus Objetivos, más orientados a monitorizar el grado de despliegue de la acción que subyace en cada caso. Se detecta heterogeneidad en cuanto a su naturaleza, se mezclan indicadores de impacto con indicadores de proceso o de cumplimiento de las acciones asociadas a los objetivos, con un peso específico similar a la hora de valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.

La efectividad del POE como herramienta estratégica también depende en gran medida de los mecanismos de gobernanza y gestión que se establezcan para su despliegue y seguimiento. El POE 2018-2023 ha contado con diferentes foros y figuras que han facilitado su despliegue, y el propio plan ha apostado por la definición de un Modelo Asistencial que ha contribuido a fortalecer la gobernanza. Destaca la figura de la Coordinación del POE y su Consejo Asesor, algo inusual en otros planes, y las figuras creadas ad hoc de Enfermeros/as Coordinadores/as del POE, una en cada OSI con Servicio de Oncología, que también han jugado un papel clave en el despliegue del POE en sus OSIs.

Finalmente, en relación con la comunicación hay que señalar que no ha contado con una estrategia de comunicación específica para el periodo de planificación y despliegue. En el momento de su elaboración se procedió a su difusión en el conjunto del sistema público de salud. El cáncer como enfermedad está presente a nivel comunicativo en la sociedad en diferentes momentos del año. El día internacional de lucha contra el cáncer y contra el cáncer infantil que se celebran en el mes de febrero o el día internacional del cáncer de mama en octubre, por citar los más mediáticos, son eventos comunicativos de largo alcance en los que participa siempre el sistema vasco de salud y que sirven para concienciar a la sociedad en torno a esta enfermedad.

## **Resultados del POE**

El nivel de cumplimiento de los objetivos del POE puede considerarse que ha sido alto. De alguna manera, todos sus Objetivos y Subobjetivos se han abordado, y en un porcentaje importante se han logrado los objetivos planteados, si bien, la pandemia vivida, coincidiendo con su despliegue, ha podido ralentizar el desarrollo de algunas actuaciones.

El POE se ha estructurado en 6 Ejes y 39 Objetivos, los cuales se pueden clasificar en:

- Objetivos de impacto – Objetivos 1 y 2.
- Objetivos de resultado – Objetivos 5 y 6.
- Objetivos operativos, de proceso y/o instrumentales. El resto.

#### **Objetivos de Impacto:**

- El primer objetivo (objetivo 1), *Mantener la mejora continua en la supervivencia del cáncer de forma que se mantenga la actual tendencia observada en el periodo 2000-2012*, es de índole finalista, de impacto en resultados. La tasa de mortalidad por cáncer ha ido descendiendo desde 2001 hasta 2021, periodo que se analiza en el informe “Cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi 2001-2021”. En relación con la supervivencia de los nuevos casos diagnosticados, otro indicador relacionado con la mortalidad, se precisa el seguimiento de las personas en el tiempo (generalmente 5 años) para el cálculo real de este dato. El último dato de supervivencia disponible es el publicado en el año 2018 cuando se analizaron los casos de cáncer diagnosticados hasta el 2012 con un seguimiento de 5 años (hasta 2017). En estos momentos se está trabajando en el análisis la evolución de la supervivencia de las personas diagnosticadas de cáncer hasta el año 2017 con seguimiento de 5 años (hasta 2022).
- El segundo objetivo (objetivo 2), *Mantener la mejora continua en la actitud del sistema sanitario hacia la humanización de la atención oncológica*, enfocando hacia el abordaje de la formación de los y las profesionales y el empoderamiento del conjunto de población paciente. Siendo este el alcance del POE, los objetivos pueden decirse que se han cumplido, no obstante, se ha tratado de un abordaje de la humanización limitado si se compara con la manera de entender y tratar este concepto en la actualidad.

#### **Objetivos de resultado**

De los dos objetivos vinculados con la disminución de la prevalencia de las adicciones al tabaco y al alcohol (objetivos 5 y 6), la evaluación que se hizo en 2022 en el marco del Plan de salud apuntó a que los resultados han sido heterogéneos, pero positivos en ambos casos.

#### **Objetivos operativos, de proceso y/o instrumentales:**

Los 35 objetivos restantes, formulados en clave de acción, se ha logrado y/o realizado lo previsto en torno al 80 % de ellos, teniendo en cuenta cómo lo expresan los indicadores establecidos en el POE.

En los siguientes apartados se recoge un resumen de las principales contribuciones y logros del POE, las principales carencias y/o lecciones aprendidas y los retos a los que va a tener que enfrentarse el futuro POE.

### **Principales contribuciones y logros del POE 2018-2023**

La existencia de un Plan Oncológico, el primero en Euskadi y uno de los primeros a nivel estatal, se considera un logro en sí mismo, tanto por las materias que trata, como por su despliegue durante estos cinco años, coincidiendo además con la pandemia COVID-19.

El POE ha puesto el foco en La Persona como Eje de la Atención, planteando, además del objetivo de mejorar la supervivencia al cáncer, la relevancia de la actitud del sistema hacia la humanización de la atención oncológica, proponiendo un objetivo específico para ello.

En esta línea el POE ha procurado extender el foco en la persona al conjunto de profesionales del sistema a través de los programas de formación diseñados para el personal que atiende a la población diagnosticada en cualquier etapa de su proceso.

En lo que afecta a la Acción intersectorial en oncología. Promoción de entornos saludables y programas de diagnóstico precoz poblacionales, se debe considerar la contribución del Plan sobre todo en el ámbito del diagnóstico precoz poblacional con los programas de cribados, a pesar de la incidencia de la pandemia. En relación con los programas de cribado, en el periodo de vigencia del Plan se culmina la implantación del cribado de cáncer de cérvix, lo que puede considerarse un hito relevante teniendo en cuenta que se ha llegado a toda la población objetivo, con un laboratorio centralizado que ha permitido optimizar los tiempos de respuesta y ser la primera Comunidad Autónoma que lo ha desplegado de manera general.

En lo que afecta a los SSII, Onkobide ha sido el primer sistema corporativo para la gestión del proceso farmacoterapéutico que contempla la prescripción, preparación y administración de los tratamientos médicos del cáncer. Además, está integrado en Osabide Global, es homogéneo para toda la red, con posibilidad de explotación de resultados de vida real, e incluye todos los ensayos clínicos (EECC) disponibles a nivel de la red de Osakidetza para facilitar la derivación de pacientes entre los centros.

Además, ha propiciado la incorporación de iniciativas para avanzar en la implantación de modelos de seguimiento y evaluación de los resultados de la atención oncológica, los resultados en salud y calidad de vida que afectan a los y las pacientes (Onkobide, Medicina basada en valor...). En lo que respecta a la medicina basada en valor, Osakidetza ha logrado ser un referente a nivel estatal y europeo, convirtiendo su experiencia en un caso de éxito que ha aportado muestra y metodología, es el caso de su participación en la comunidad VOICE (Value-based healthcare for Outcomes In breast and lung Cancer in Europe).

El Modelo Asistencial, los objetivos que persigue y los elementos que lo componen se considera un logro. Un modelo asistencial implantado en todo Osakidetza, que ayuda a homogeneizar las formas de hacer y que beneficia a toda la población objeto, independientemente de su lugar de residencia. Un modelo que apuesta por el enfoque multidisciplinar en la atención oncológica, que cuenta con profesionales, conocimientos, habilidades, experiencia de todos los niveles asistenciales y actividades.

Del modelo asistencial definido cabe destacar la Red de Enfermeros/as del POE, en su papel facilitador del despliegue, así como en el enfoque planteado y los diferentes roles definidos e implantados, que permiten un abordaje completo del proceso oncológico, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. El impulso a los CT basados en el trabajo multidisciplinar, que, aunque algunos ya existían antes, con el POE se han convertido en el eje del modelo asistencial multidisciplinar. Contar con Circuitos rápidos, para poder dar una atención diferencial a las personas diagnosticadas con cáncer, y contar con un objetivo de tiempos máximos de respuesta.

Asimismo, otro aspecto importante del modelo ha sido el abordaje de la atención al paciente oncológico pediátrico, con la creación del Comité Autonómico de Coordinación Asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y en adolescentes y el funcionamiento en red entre los dos hospitales que actúan como referentes. Esto ha facilitado la coordinación de los casos, la apertura de ensayos clínicos en ambos centros, favoreciendo de esta forma el logro de la equidad.

En relación con la MPP, aunque con retraso, se han sentado las bases y se ha creado la estructura y liderazgo necesario para definir la futura Estrategia de la MPP y las Terapias Avanzadas, en materia de cáncer que deberá contemplar el futuro POE.

### **Principales carencias y Lecciones aprendidas**

En relación con el alcance, este ha tenido un enfoque principalmente asistencial, lo que puede explicar la falta de intervenciones vinculadas con algunos determinantes sociales de la salud como son el entorno, principalmente la contaminación ambiental, y la perspectiva de la equidad en salud. Además, aunque se recogen objetivos vinculados con colectivos específicos, como los niños, niñas y adolescentes, las personas mayores, y los largos supervivientes, hay un alto nivel de consenso en que el futuro POE profundice más en sus necesidades y actuaciones relacionadas.

Sobre el cuadro de mando del futuro POE, este deberá responder a un doble objetivo: por una parte, poder monitorizar y hacer seguimiento del progreso en el despliegue del plan, y para ello se puede recurrir a indicadores más instrumentales, de proceso; y por la otra, poder evaluar la eficacia de las actuaciones y el logro de los objetivos, se trataría de indicadores de resultado, de impacto en términos de valor en salud, bienestar y calidad de vida.

Con la experiencia de este primer POE, una lección aprendida es la necesidad de revisar la gobernanza, reforzar la figura de la coordinación, hacia un posible enfoque más de equipo de coordinación, revisar la composición de los Consejos Asesores adaptándola a las necesidades del POE y la incorporación de nuevas figuras, analizar el modelo asistencial definido y su contribución al despliegue del POE a las OOSS.

Otra lección aprendida está vinculada con la comunicación. De las entrevistas y grupos focales que han participado en la evaluación, se detecta un cierto desconocimiento del POE, de los objetivos que persigue, las actuaciones que plantea, los resultados conseguidos, etc. principalmente entre los y las profesionales que no participan directamente en el tratamiento del cáncer, Atención Primaria y profesionales de las OSIs sin Servicio de Oncología médica, Oncología Radioterápica, Hematología oncológica o Pediatría oncológica. Las causas pueden ser variadas,

y no solo estar vinculadas con la falta de comunicación, pero si indican que es un campo a trabajar en el próximo POE. En esta línea señalar como lección aprendida la necesidad de involucrar en su definición en mayor medida al conjunto de profesionales para que hagan suyo el Plan y a los grupos de interés relacionados con la enfermedad para que aporten su perspectiva y contribuyan a garantizar el enfoque de la Atención Centrada en la Persona.

Entre los objetivos que menos desarrollo han tenido cabe destacar el vinculado con la concentración de los procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia. Aunque ha habido avances en el diseño de estrategias tanto para la cirugía del cáncer ginecológico, la cirugía oncológica esofágica, y en cirugía de los y las pacientes con sarcomas y retroperitoneales, no se ha logrado su implantación.

## Principales retos del Plan Oncológico

### Teniendo en cuenta el CONTEXTO:

- La **Misión Cáncer** propone como objetivo global lograr avances en la próxima década que permitan salvar al menos 3 millones de vidas en Europa. En líneas generales busca alargar la esperanza de vida de los/las pacientes oncológicos/as, lograr una mayor calidad de vida - también para los/las supervivientes y el entorno familiar- y consolidar mecanismos que eviten o retrasen la aparición de la enfermedad. La Misión Cáncer considera que, para lograr intervenciones efectivas en los pilares de prevención, diagnóstico y tratamiento, y para mejorar la calidad de vida de las personas expuestas al cáncer, es necesario un mejor entendimiento integral de la enfermedad. Por ello, la mejor comprensión de los factores y mecanismos que causan el cáncer constituyen la base sobre la que se sustentan los citados tres pilares de prevención, diagnóstico y tratamiento. Como pilar transversal, se espera conseguir un acceso equitativo/igualitario a todas las intervenciones que se desarrollen en todos los países de la UE.<sup>1</sup>
- Esta Misión contribuirá a los objetivos del **Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer**<sup>2</sup>, que constituye un compromiso político para invertir la tendencia en la lucha contra el cáncer y es un paso más hacia una Unión Europea de la Salud fuerte y una Unión más segura, mejor preparada y más resiliente. Apoya el trabajo de los Estados miembros para prevenir esta enfermedad y garantizar una elevada calidad de vida a pacientes y supervivientes de cáncer, sus familias y personal encargado de su cuidado, y está estructurado en torno a los ámbitos clave en los que la UE puede añadir más valor:
  1. La prevención.
  2. La detección precoz.
  3. El diagnóstico y tratamiento.

<sup>1</sup> <https://www.horizonteeuropa.es/misiones>

<sup>2</sup> [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_es](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_es)

4. La calidad de vida de los y las pacientes y supervivientes de cáncer.

En los próximos años, se centrará en la investigación y la innovación, aprovechará el potencial que ofrece la digitalización y las nuevas tecnologías y movilizará instrumentos financieros para apoyar a los Estados miembros.

- **El PS 2030<sup>3</sup>**, plantea un conjunto de 10 Objetivos y sus líneas estratégicas, unos más finalistas, más de resultado, que concretan un horizonte de salud para diferentes grupos de población; otros más instrumentales, más orientados a aspectos estructurales que son necesarios para conseguir los objetivos de salud señalados anteriormente. Siendo todos ellos susceptibles de orientar actuaciones de interés en el abordaje del cáncer, es el *Objetivo 2, Mejorar la salud y reducir la morbilidad* el que de una manera más directa establece el marco de referencia para la elaboración del futuro POE, siendo sus objetivos específicos:

1. Lograr que la población de Euskadi adopte conductas saludables y reducir al mínimo su exposición a factores de riesgo, creando condiciones favorables.
2. Prevenir los riesgos y abordar precozmente los problemas de salud asociados.
3. Abordar la enfermedad y discapacidad causante de mayor pérdida de AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad) con criterios de equidad, calidad y eficiencia.
4. Empoderar e involucrar a la ciudadanía en la atención y aumentar su adherencia a los programas de prevención y asistenciales.
5. Avanzar en la coordinación de la atención sanitaria, social y de salud pública en actividades de promoción, prevención y abordaje de las enfermedades.

- **Plan de Cuidados Paliativos 2023-2027**, que pretende ofrecer a todas aquellas personas que así lo requieran, una atención paliativa integral, de calidad, continuada e integrada, a través de los siguientes objetivos estratégicos:

1. Garantizar la atención paliativa integral y de calidad.
2. Aumentar la cobertura poblacional para alcanzar el 1% de población total de referencia.
3. Garantizar la atención paliativa pediátrica de calidad, basada en un trabajo en red.
4. Crear sistemas de coordinación entre profesionales que faciliten la comunicación, la toma de decisiones y la atención integrada.
5. Avanzar en la coordinación con instituciones sociales y servicios sociosanitarios.
6. Impulsar y promover la formación en CCPP de los profesionales.
7. Promover la investigación e innovación en CCPP.
8. Coordinación y trabajo en red con otros agentes sociales y comunitarios.
9. Crear sistemas de evaluación y seguimiento.

---

<sup>3</sup> [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf)

- **El Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030” (PCTI 2030),** que identifica entre sus prioridades estratégicas lo que denomina **Salud Personalizada y** sus líneas de actuación, entre otras:
  - Medicina Personalizada y Terapias Avanzadas:
    - Medicina genómica: biomarcadores
    - Terapias avanzadas: Inmunoterapia contra el cáncer –medicamentos CAR-T, terapia celular y terapia génica
  - Salud Digital y Big Data
  - Envejecimiento saludable

#### Teniendo en cuenta el POE ANTERIOR Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

- Definir un **Plan con objetivos finalistas** que se puedan medir periódicamente. Para ello hay que tomar decisiones en relación con la gestión de la información de los registros, y contar con un Modelo de Gestión del registro de cáncer en tiempo real mediante un sistema conectado con las diferentes fuentes de las que se nutre, principalmente el registro hospitalario, de manera que se unifique la información, se consiga una mayor eficiencia y se pueda hacer el seguimiento de las actuaciones y valorar su eficacia.
- Avanzar en la **mirada transversal de la enfermedad y el enfoque ACP (Atención Centrada en la Persona).** El Plan Oncológico no es algo que tiene que ver con los servicios de Hematología oncológica, Oncología médica y radioterápica o Pediatría oncológica, es una enfermedad prevalente en Euskadi que necesita una respuesta integral del sistema sanitario en su conjunto. En este sentido señalar que en este enfoque global tiene que estar presente la atención psicosocial que es reclamada por las personas enfermas de cáncer como pieza del proceso, atención que actualmente es cubierta en gran parte por las asociaciones; aspectos relacionados con hábitos de vida saludables (actividad física, alimentación...) y la atención al largo superviviente.
- Adecuar el **Modelo de Gobernanza** para lograr una acción más compartida y mejor coordinada entre Departamento y Osakidetza y en ésta entre las OOSS, de los objetivos que se marque el próximo Plan. Valorar la conveniencia en el próximo plan de contar con una figura de coordinación del Plan acompañada de un pequeño equipo de coordinación para el despliegue de los objetivos que se propongan. Así mismo se recomienda incorporar mecanismos que aseguren una gestión dinámica sin perder la esencia y visión a la que aspire el Plan.
- Determinar el **modelo de conexión** más efectivo con la **sanidad privada** y con la **salud laboral** para el traslado de información y para la prestación de atención asistencial.
- El **Modelo Asistencial**, tras la experiencia de los cinco años de vigencia del POE, va a necesitar un ejercicio de reflexión y revisión específico, valorar los logros, identificar las BBPP, las principales dificultades, lo que ha funcionado y lo que no, y sobre la base de lo que ya existe avanzar hacia un modelo que siga apostando por la integración, la visión multidisciplinar, la implicación de la enfermería, la importancia del diagnóstico precoz y los circuitos rápidos, el

rol del/la médico/a de familia, tanto en la parte de la prevención, como en el seguimiento del proceso y la continuidad asistencial, la atención tras el fin del tratamiento oncológico activo... Es un momento de oportunidad aprovechando la experiencia vivida y las lecciones aprendidas.

- Sobre la base de lo ya trabajado, a través de las diferentes iniciativas, el reto va a estar en el abordaje con **enfoque global del proceso del/la paciente con cáncer**; que contemple todas las fases del proceso, diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cuidados paliativos y final de vida si es el caso; que se midan los resultados en salud, incluyendo la experiencia de los y las pacientes; y que se extienda su implantación a todas las OSIs.
- Continuar avanzando en la mirada del **cuidado paliativo y de la Atención Primaria** en el próximo Plan:
  - Apostar de verdad por poner a la persona en el centro y aplicar enfoques más abiertos de cuidados compartidos (profesionales/paciente) y equipos multidisciplinares.
  - Posibilitar una mejor conexión con AP. Se deben habilitar canales para contactar y hacer interconsultas ágiles y eficientes. El personal de atención primaria debería conocer y participar de alguna manera en el proceso oncológico de sus pacientes para proporcionar una mejor atención.
- Gracias a los avances en los tratamientos, están mejorando los índices de supervivencia en muchos casos, es necesario incorporar la **perspectiva del/la paciente largo superviviente** en el nuevo POE, con un modelo de atención para esta población cada vez más extensa, centrado en la atención primaria.

**Avanzar en el desarrollo de la MPP** tiene implicaciones sobre la decisión terapéutica y basada en nuevas tecnologías de oncología de precisión, con el objetivo claro de seleccionar el tratamiento del que más se puede beneficiar cada paciente a partir de los datos facilitados por los análisis genéticos y moleculares, y garantizando además el acceso equitativo y riguroso de la totalidad de la población susceptible de recibir la asistencia. La MPP va a suponer un cambio en la manera de abordar la enfermedad, que va a requerir una reflexión profunda en torno a aspectos éticos y de optimización de recursos, así como la necesidad de avanzar en el despliegue de la incorporación de la tecnología de NGS en las neoplasias hematológicas y población pediátrica.

**En el ámbito de la investigación e innovación**, la identificación y priorización de las líneas de investigación de los Institutos sanitarios vascos (IIS) se considera un ejercicio necesario para orientar mejor su actividad y facilitar la coordinación y alinear esfuerzos y recursos. Un ámbito específico de investigación e innovación en el que habrá que seguir profundizando es el relativo a los cribados y el diagnóstico precoz de la enfermedad, así como a la MPP. Igualmente, será necesario mejorar el trabajo de coordinación entre los IIS y la investigación clínica hospitalaria.

- **Sistemas de Información.** Será necesario completar el despliegue de Onkobide como sistema único de prescripción para la población pediátrica.

## Recomendaciones

A partir de los Resultados de la Evaluación, las Conclusiones y Lecciones Aprendidas, se ha creado un capítulo específico para, en clave de futuro, recoger las recomendaciones que el equipo de evaluación ha considerado pertinente realizar al objeto de que se tengan en cuenta en el futuro POE, tanto en cuanto al propio rol y relevancia del POE, su proceso de elaboración y el modelo de gestión para su despliegue y seguimiento así como aquellos aspectos que en clave de Futuros Retos sería interesante contemplar:

ROL DEL POE	
FORMULACIÓN. MISIÓN, VISIÓN Y PRINCIPIOS	<p>El POE debe establecer los <b>principios que deben guiar la estrategia, las políticas y las actuaciones con impacto en el abordaje del cáncer</b> (salud en todas las políticas, equidad, universalidad de la atención...).</p> <p>Además, en su formulación estratégica se valora interesante que se haga una reflexión compartida en relación con la Misión del POE y su aspiración a través de la definición de su Visión.</p>
ELABORACIÓN DEL POE	
PROSPECTIVA	<p>En el proceso de Reflexión del nuevo POE se recomienda incorporar la <b>visión prospectiva</b>, que ayude a <b>anticipar el futuro</b>, a <b>visualizar las grandes tendencias</b>, a prever situaciones de riesgo, a identificar aquellos aspectos que en el futuro pueden tener un gran impacto en el cáncer.</p>
PARTICIPACIÓN	<p>En el proceso de elaboración del futuro POE, en la medida que se valore el enfoque participativo, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con el cáncer</b>, al objeto de conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades. Se trata de contar con todos los grupos de interés, tanto en su elaboración como en los instrumentos de gobernanza y monitorización.</li><li>▪ Facilitar la <b>participación de profesionales asistenciales</b> en la elaboración del POE, que estén presentes en el día a día del</li></ul>

	<p>cumplimiento de los objetivos que se planteen para aportar la visión real y poder identificar de manera óptima los aspectos prioritarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Incorporar al paciente en el proceso.</b> Crear un foro de pacientes (panel de pacientes) que puedan participar en la elaboración y despliegue del POE, aportando el punto de vista del/la paciente.</li> </ul>
REFERENCIAS y ALINEACIÓN CON OTRAS ESTRATEGIAS	<p>El POE no es un plan aislado, sino que responde a una problemática compartida y a la que tiene que responder. Para ello será necesario tener en cuenta la referencia europea recogida en la <b>Misión Cáncer</b> y el propio <b>Plan europeo de lucha contra el cáncer</b>.</p> <p>Además, se debería contemplar la posibilidad de realizar un cierto benchmarking con experiencias que puedan aportar orientaciones y contenido, tanto estatales como europeas.</p> <p>En Euskadi, la referencia principal es el <b>PS 2030</b>, con sus 10 objetivos, y específicamente el objetivo que busca <i>Mejorar la salud y reducir la morbilidad evitable</i>.</p> <p>Adicionalmente, puede haber otros planes de carácter más transversal, no específicos de cáncer, pero que plantean objetivos y actuaciones orientadas, entre otros, a los y las pacientes con cáncer, y que será necesario contemplar, asegurando su alineación. Es el caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de Humanización.</li> <li>▪ Estrategia de Valor.</li> <li>▪ Plan de Cuidados Paliativos 2023-2027.</li> <li>▪ Estrategia de Seguridad del paciente.</li> <li>▪ Estrategia de trabajo en red.</li> <li>▪ Programa de Salud Infantil PSI.</li> <li>▪ Plan de Atención al mayor PAM.</li> <li>▪ Paciente Activo / Osasun Eskola</li> </ul> <p>...</p>
<b>DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DEL PLAN</b>	
GOBERNANZA	<p>La gobernanza debe ser coherente con la misión y los principios definidos, debe facilitar el logro de la visión y los objetivos establecidos, y debe contemplar aspectos vinculados con: el <b>liderazgo e impulso</b> en el despliegue y seguimiento del POE; el <b>compromiso</b> de todos los grupos de interés para asumir los Objetivos y las Líneas Estratégicas; el <b>apoyo y seguimiento</b> del despliegue; la <b>monitorización y evaluación</b> del despliegue del POE y el logro de objetivos.</p> <p>Del actual Modelo de Gobernanza, se recomienda reforzar la figura de la Coordinación del POE y la creación de un Equipo de Coordinación.</p>

	<p>Además, sería pertinente reflexionar sobre el Consejo Asesor, sus funciones, su operativa y las personas que lo integran, adecuando su composición a las necesidades que mejor respondan al futuro POE. Así como, establecer una sistemática de conexión y trabajo compartido con Salud Pública, el ámbito de la medicina del trabajo y la sanidad privada para contar con una panorámica más ajustada a la realidad del cáncer en Euskadi.</p> <p>Pensando en el futuro POE se recomienda incorporar mecanismos que aseguren una gestión dinámica sin perder la esencia y visión a la que aspira.</p>
CUADRO DE MANDO	<p>Además de indicadores ligados a objetivos, el POE debería contener una <b>batería de indicadores generales que monitoricen la evolución del cáncer</b>.</p> <p>Tomar decisiones con relación a la gestión de los datos del registro con el objetivo de disponer de datos lo más actualizados posibles.</p> <p>El POE debería establecer el marco y los mecanismos necesarios para poder evaluar el impacto de las intervenciones sobre una base científica, estableciendo la organización y las dotaciones de recursos necesarias para ello.</p>
RECURSOS	<p><b>Asegurar la dotación de los recursos humanos y económicos necesarios para el desarrollo del futuro POE.</b></p> <p>En relación con los recursos humanos la necesidad va a estar muy vinculada tanto a la gobernanza del POE, como al tipo de iniciativas que se decida poner en marcha (modelo asistencial, MPP...), en cuenta a su dimensionamiento y a las necesidades de nuevos perfiles profesionales (biólogos moleculares, bioinformáticos...).</p>

COMUNICACIÓN	<p>Definir la <b>Estrategia de Comunicación en relación con el POE</b>. Identificando los públicos objetivo, mensajes a transmitir a cada público, canales y acciones comunicativas tipo.</p> <p>El POE debe ser objeto de socialización entre todos los grupos de interés afectados, al objeto de darlo a conocer, de compartir sus principios y prioridades, de facilitar su comprensión y sensibilizar, para que todas las partes interesadas lo conozcan y sean conscientes de cómo podrán contribuir en su despliegue.</p> <p>Además, esta comunicación deberá continuar durante el periodo de despliegue del POE en coherencia con la Gobernanza establecida.</p>
<b>RETOS DEL FUTURO POE</b>	
ALCANCE	<p>El futuro POE deberá contemplar un alcance amplio, que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, la atención sanitaria, poniendo el foco en colectivos específicos (infancia y adolescencia; personas mayores; largos supervivientes; población adolescente y adulta joven (AYAs); pacientes con tumores poco frecuentes...), y el trabajo desde la innovación e investigación.</p> <p>Respecto del anterior POE, se recomienda ampliar el enfoque de hábitos de vida saludable al de hábitos y entornos saludables, haciendo más hincapié en la toma en consideración de las desigualdades en salud, en coherencia con el PS 2030.</p>
ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	<p>Mantener el enfoque ACP, reforzando los ámbitos de calidad asistencial que contribuyen a mejorar la experiencia del/la paciente y la toma de decisiones conjuntas en el transcurso de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cuidados paliativos.</p> <p>Incluir de forma sistematizada la voz del/la paciente y la perspectiva de género para lograr una mejor calidad asistencial. Además del tratamiento terapéutico personalizado que es imprescindible para mejorar la supervivencia, también entran en juego otros factores de carácter más emocional, psicológico, sociocultural, adopción de nuevos hábitos de vida más saludables e incluso de respuesta diferencial a los tratamientos según el sexo, que convendrá ir incorporando progresivamente como factores a tener en cuenta en un futuro plan.</p>

<b>COLECTIVOS ESPECÍFICOS</b>	<p>De la evaluación y el contraste con numerosos/as interlocutores/as se recomienda, además de las líneas estratégicas más transversales, identificar y poner el foco en determinados colectivos que requieren un abordaje específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Largo superviviente</li> <li>▪ Niños, niñas y adolescentes</li> <li>▪ Personas mayores</li> </ul>
<b>MODELO ASISTENCIAL</b>	<p>El <b>Modelo Asistencial</b>, tras la experiencia de los cinco años de vigencia del POE, va a necesitar un ejercicio de reflexión y revisión específico, valorar los logros, identificar las BBPP, las principales dificultades, lo que ha funcionado y lo que no, y sobre la base de lo que ya existe avanzar hacia un modelo que siga apostando por la integración, la visión multidisciplinar, la implicación de la enfermería, la importancia del diagnóstico precoz y los circuitos rápidos, el rol del/la médico/a de familia, tanto en la parte de prevención, como en el seguimiento del proceso y la continuidad asistencial, cuando toma el relevo... Es un momento de oportunidad aprovechando la experiencia vivida y las lecciones aprendidas.</p>
<b>MEDICINA PERSONALIZADA Y DE PRECISIÓN</b>	<p><b>Avanzar en el desarrollo de la MPP</b> tiene implicaciones sobre la decisión terapéutica, mucho más multidisciplinar y basada en nuevas tecnologías de oncología de precisión, con el objetivo claro de seleccionar solo a aquellas personas pacientes que se puedan beneficiar del tratamiento a partir de los datos facilitados por los análisis genéticos o moleculares y garantizando el acceso equitativo y riguroso de la totalidad de la población susceptible de recibir la asistencia. La MPP va a suponer un cambio en la manera de abordar la enfermedad, que va a requerir una reflexión profunda en torno a aspectos éticos y economicistas.</p>
<b>INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>	<p><b>En el ámbito de la investigación e innovación</b>, la identificación y priorización de las líneas de investigación se considera un ejercicio necesario para orientar mejor su actividad y facilitar la coordinación y alinear esfuerzos.</p>

	<p>La alineación con el <b>Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030" (PCTI 2030)</b>, que identifica entre sus prioridades estratégicas lo que denomina <b>Salud Personalizada y sus líneas de actuación.</b></p>
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	<p>Avanzar en la <b>integración de los diferentes sistemas de información</b> en los próximos años siguiendo con los avances realizados hasta el momento para mejorar tanto en el proceso asistencial del cáncer como en la evaluación de los resultados en salud.</p> <p>Extender iniciativas tales como Minbizi y Voice a todas las OSIs y en todos los tumores.</p>

# 1 INTRODUCCIÓN

## 1.1 Este documento

Una vez concluida la vigencia del Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023 (en adelante POE), procede realizar una evaluación completa de su ejecución que permita valorar sus logros y resultados y extraer lecciones y aprendizaje para así constituir una base más sólida sobre la que iniciar el diseño, redacción y puesta en marcha del próximo POE, como instrumento fundamental para el desarrollo de las actuaciones en materia de cáncer.

La evaluación ha sido encomendada por la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias de la Viceconsejería de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco a un equipo de profesionales externos e independientes perteneciente a la empresa LKS NEXT, y se ha desarrollado conforme a la metodología que se expone posteriormente, entre los meses de junio a septiembre de 2023 y ha contado con la participación de una amplia muestra de grupos de interés.

Este documento constituye el informe final de la evaluación del POE 2018-2023, y como tal, se articula en los siguientes capítulos:

1. **Introducción.** El presente capítulo presenta el propósito de la evaluación, su contexto y los métodos seguidos.
2. **Resultados.** Los resultados se presentan siguiendo las principales preguntas de la evaluación según la matriz de evaluación. Para cada eje y sus objetivos se han recogido las actuaciones desplegadas, su eficacia, los logros, las carencias y/o barreras y los retos de futuro.
3. **Conclusiones y lecciones aprendidas.** Sobre la base de los resultados presentados en los capítulos precedentes, se identifican las conclusiones principales para cada una de las preguntas principales de la investigación, así como en general de manera transversal para todo el POE. Las conclusiones indicadas aquí informarán las recomendaciones que se formularán en la siguiente sección.
4. **Recomendaciones.** A partir de las conclusiones, se pueden elaborar algunas recomendaciones dirigidas a reforzar la relevancia y efectividad del próximo POE. Las recomendaciones van orientadas al futuro POE, en aspectos vinculados con el proceso de elaboración, estructura, contenidos, gobernanza, etc.

## 1.2 El Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023

El POE define los ámbitos de actuación en atención oncológica para operacionalizar los elementos de intervención presentes en el Plan de Salud 2013-2020, y responder a los objetivos que este plantea.

El POE tiene como elemento nuclear las necesidades de la persona con cáncer para ofrecerle una atención centrada en ellas. Un Plan para las personas con cáncer, centrado en sus necesidades físicas y emocionales, en el que se pone el énfasis en la humanización de la atención oncológica como elemento central alrededor del cual se despliegan estrategias de intervención.

Como se observa en la figura 1, el POE 2018-2023 se ha articulado en torno a seis Ejes, desplegados en 39 objetivos y 12 subobjetivos:

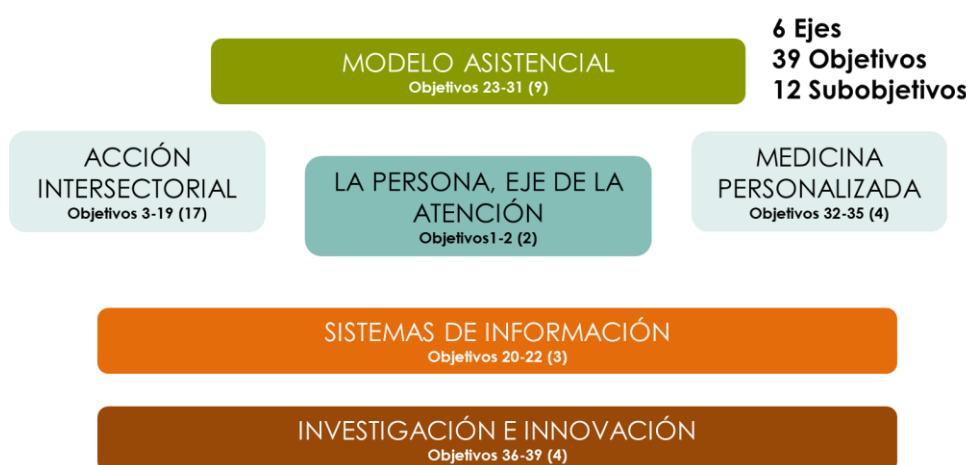


Figura 1 – Esquema de los 6 Ejes que constituyen el POE.

- **Eje 0 – La persona como Eje de la Atención.** El POE se articula alrededor de las personas con cáncer, que transitan entre atención primaria y el hospital, desde la sospecha diagnóstica al tratamiento, seguimiento y control de los problemas de salud de estas personas.
- **Eje I - La acción intersectorial en oncología. Promoción de entornos saludables y programas de diagnóstico precoz poblacionales.** En el despliegue del PS de Euskadi 2013-2020 se han impulsado diversas intervenciones en promoción de la salud relacionadas con cáncer. Estas intervenciones sobrepasan el ámbito de acción del sector salud para depender de la acción concertada intersectorial. Así el eje establece objetivos en materia de hábitos de vida saludables (actividad física, alimentación, consumo de alcohol y tabaco), minimización de radiaciones ionizantes, riesgos de exposición solar, medio laboral y programas de cribado.
- **Eje II – Sistemas de Información.** La generalización del uso de la historia clínica informatizada y, en el caso de Euskadi, la integración de la información en Osabide Global, ofrecen una excelente oportunidad para la mejora en los sistemas de información sanitaria, tanto en la mejora del proceso asistencial de cáncer como en la evaluación de los resultados en salud.
- **Eje III – Modelo Asistencial.** Una característica esencial de la atención oncológica, entendiendo como tal el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, es que requiere una combinación multidisciplinar de profesionales, conocimientos, habilidades, experiencia de todos los niveles asistenciales y actividades. Para conseguir la máxima efectividad, hay que

actuar de forma coordinada en los diferentes ámbitos asistenciales por los que recorre el proceso asistencial de cada paciente.

- **Eje IV – Medicina Personalizada.** El abordaje del cáncer en los últimos años ha experimentado importantes progresos, muchos de ellos relacionados con el mejor conocimiento de las bases genéticas y moleculares de este grupo de enfermedades. Los avances científicos han permitido la traducción de estos descubrimientos en nuevas y mejores formas de identificar grupos seleccionados de pacientes con cáncer en los que se pueden establecer estrategias específicas de prevención, diagnóstico y tratamiento que están contribuyendo al aumento del número de personas que sobreviven más tiempo y mejor después de un diagnóstico de cáncer.
- **Eje V – Investigación e Innovación.** Una investigación e innovación asentada en los ejes de actuación anteriores, partiendo del aprovechamiento de sinergias entre los dispositivos asistenciales y de investigación, y mejorando las capacidades de investigación y la capacidad de atracción de ensayos clínicos EECC a Euskadi que permitan mejorar el conocimiento y al mismo tiempo, ofrecer alternativas de tratamiento a determinadas personas con cáncer

## 1.3 Objetivos y alcance

Los objetivos de la evaluación son los siguientes:

- **Estimar logros obtenidos** por el POE 2018-2023, identificar su valor añadido, **lecciones aprendidas, barreras y obstáculos** a su implementación,
- Establecer recomendaciones de cara a **dotar de mayor valor estratégico al próximo POE**.

El alcance de la evaluación es el POE 2018-2023 **en su integridad**.

## 1.4 Metodología seguida

El trabajo se ha desarrollado entre los meses de junio y septiembre de 2023, y se ha sustentado en un amplio **análisis documental** (la relación completa de documentación analizada aparece en el Anexo I), y, especialmente, en **entrevistas individuales y grupales**, en torno a **35 interlocutores** (la relación completa de personas entrevistadas aparece en el Anexo II), y con **8 Grupos Focales** (ver Anexo III).

El **plan de trabajo** se ha articulado en tres grandes fases, tal y como se muestra en la figura 2:



Figura 2 – Esquema del proceso metodológico

1. **Diseño detallado del proceso de evaluación**, en la que se ha explicitado la teoría del cambio para todos los objetivos, se ha elaborado la matriz de evaluación y se han identificado documentos, fuentes de información y personas interlocutoras cualificadas de grupos de interés
2. **Desarrollo de la evaluación**, que ha incluido las siguientes líneas de trabajo:
  - a. **Análisis documental**.
  - b. **Entrevistas a personas interlocutoras cualificadas de grupos de interés**.
  - c. **Reuniones con Grupos Focales**.
3. **Informe final de evaluación**, tras la elaboración de un borrador avanzado del Informe de Evaluación y el contraste de éste con el Comité director del Proyecto, se ha elaborado el Informe de Evaluación definitivo.

## 1.5 Estructura Organizativa

Para el desarrollo del proyecto se ha contado con un **Comité director del Proyecto**, responsable de la planificación, coordinación y seguimiento y constituido por los siguientes perfiles :

- Director de Planificación, Ordenación y Evaluaciones Sanitarias, Mikel Sánchez.
- Coordinadora del POE, Marian Sala.
- Subdirectora para la Coordinación de Atención Hospitalaria de Osakidetza, Ana Bustinduy.
- Responsable del Servicio de Planificación de la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluaciones Sanitarias, Arantzazu Arrospide.
- Equipo LKSNext.

## 2 RESULTADOS

### 2.1 ¿Hasta qué punto el Plan Oncológico 2018-2023 ha orientado las acciones de cara a responder a las principales necesidades en materia de cáncer de la población del País Vasco?

#### ¿HA PERMITIDO DESPLEGAR LAS POLÍTICAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO RELACIONADAS O QUE TIENEN INCIDENCIA SOBRE EL CÁNCER DE LA POBLACIÓN?

Para responder a esta pregunta se ha revisado lo que el Plan de Salud en Vigor (PS 2013-2020) definía.

El **PS 2013-2020** se estructura en cinco AAPP, dos de las cuales (1 "Equidad y responsabilidad" y 5 "Entornos y conductas saludables") tienen un carácter transversal y las otras tres se refieren a colectivos concretos (2 "Personas con enfermedad", 3 "Envejecimiento saludable" y 4 "Salud infantil y juvenil").

La referencia al cáncer se recoge en el AP 2 "Persona con Enfermedad", en su **Objetivo 2.5 Cáncer**, que se concreta en Promover un modelo de atención a personas con cáncer a través de equipos multidisciplinares orientados a la atención integral, integrada, personalizada y coordinada. Para la consecución del objetivo se plantean 6 acciones y para su monitorización 10 objetivos.

Las 6 acciones planteadas eran:

- Potenciar los Comités de Tumores CT en las OSIs con atención oncológica para valoración, tratamiento y seguimiento de los casos, con especial protagonismo de la Atención Primaria.
- Potenciar la atención psicológica en el proceso asistencial.
- Mantener la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM).
- Completar la cobertura del programa de cribado de cáncer colorrectal, mejorando la participación y la tasa de detección.
- Impulsar la medicina personalizada para los procesos tumorales con evidencia científica establecida.
- Las acciones relacionadas con la prevención del cáncer vinculadas con entornos y conductas saludables.

Puede decirse que el POE ha contemplado todas estas acciones, formuladas en clave de objetivo, pero además ha puesto el foco en la persona, como eje de la atención, planteando un modelo asistencial que va más allá de los CTs, con un enfoque más amplio y la identificación de nuevos roles; y dando además un espacio a la investigación e innovación.

En el año 2021 se realiza la evaluación completa del PS 2013-2020. En el siguiente párrafo se recoge el resultado de esta en lo que afecta al POE:

*"la percepción general es de balance positivo, pero con una cierta sensación de oportunidad perdida a causa de la pandemia y el retroceso que ha supuesto en muchos de los logros alcanzados. De hecho, la gran mayoría de indicadores reflejan que se han alcanzado los objetivos perseguidos de mortalidad e incidencia.*

*Hasta 2019 se han llevado a cabo todas las acciones previstas en el PS y algunas más. Se ha elaborado un Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023, se han puesto en marcha Comisiones de Tumores en las OSI más grandes y comités de tumores con equipos multidisciplinares para gestionar procesos oncológicos. También se ha potenciado la psico-oncología, y se han llevado a cabo programas de detección precoz (mama, colorrectal, cervix). También se ha trabajado en impulsar la medicina personalizada para los procesos tumorales".<sup>4</sup>*

Otro marco estratégico de referencia para la definición del POE fue el Plan Estratégico de Osakidetza PE. En el momento de la aprobación del POE estaba en vigor el PE 2017-2020 con una estructura basada en Retos, Objetivos y Acciones. Entre los objetivos y las acciones se identifican algunas dirigidas específicamente a tratar el cáncer desde la prevención y promoción de la salud, los programas poblacionales de cribado, el registro de cáncer o las agendas de investigación e innovación en áreas de interés como el cáncer. Además, aunque no se hace una referencia expresa al cáncer, el PE plantea objetivos vinculados con la humanización de la atención, el empoderamiento de la ciudadanía, la atención orientada a los resultados en salud, entre otros. Puede decirse que el POE, a través de sus 39 objetivos, ha contribuido a desplegar el PE de Osakidetza en los objetivos vinculados específicamente o de manera más global con el cáncer.

En lo que se refiere a la sanidad privada, que gestiona el aseguramiento privado y en muchos casos colabora con la sanidad pública mediante la fórmula de la concertación de servicios, no ha participado en su formulación ni en su despliegue.

## **¿ES EL POE UNA HERRAMIENTA ADECUADA PARA RESPONDER A LAS PRINCIPALES NECESIDADES EN MATERIA DE CÁNCER DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO?**

### **RELEVANCIA Y UTILIDAD**

La mayoría de las personas que han participado en la evaluación considera que el POE ha sido la referencia estratégica básica a partir de la cual se han elaborado y desplegado las actuaciones y programas en materia de cáncer. Ha sido un marco adecuado para reflexionar y poner en común los principales problemas en torno al cáncer y las necesidades específicas de la población en Euskadi, y refleja el compromiso político para hacer todo lo posible en la adopción

<sup>4</sup> [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan\\_salud\\_2013\\_2020/es\\_def/adjuntos/Informe-anual-resultados-2020.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2013_2020/es_def/adjuntos/Informe-anual-resultados-2020.pdf)

las medidas necesarias. No obstante, en algunos casos, se traslada el riesgo de que el POE se ha podido quedar en un plano teórico, aspecto que ha podido dificultar su despliegue.

Además, por la materia que trata, en constante evolución, existe el riesgo de que el POE se convierta en un plan en parte obsoleto y/o que no refleje la situación real en el abordaje del cáncer. En el POE 2018-2023, algunas actuaciones que se han impulsado no tuvieron un reflejo en el POE aprobado en 2018, es el caso del análisis e incorporación de nuevas técnicas como la protonterapia, o las terapias de CAR-T y el interés de lograr la acreditación para contar con algún Centro Referente en Euskadi, por ejemplo. En estos casos, aunque no ha habido una actualización del POE como tal, desde la Coordinación del POE y el Consejo Asesor, han sido iniciativas que se han incorporado en la dinámica ordinaria de seguimiento y evaluación, tal y como se refleja en los diferentes informes anuales de seguimiento del POE.

## ESTRUCTURA

El POE se estructura en **6 Ejes** que de alguna manera contemplan el abordaje del cáncer en sentido amplio, incorporando objetivos que van desde la promoción y la prevención, los sistemas de información y el modelo asistencial para la detección, el diagnóstico y tratamiento, la medicina personalizada y finalmente la investigación e innovación.

Los 6 ejes se despliegan a través de **39 Objetivos y 12 Subjetivos**, el sentido y orientación de los objetivos es heterogéneo, con algún objetivo más finalistas, de resultado, y una mayoría de objetivos de proceso, muchos de ellos muy instrumentales, más cercanos a un concepto de acción o intervención que dé objetivo.

A través de estos 6 Ejes, se recorren los elementos claves en el abordaje del cáncer y se da respuesta a las 6 intervención presentes en el PS 2013-2020.

El **Eje 0, La persona como eje de la atención**, pone el énfasis en que la persona paciente sea el centro de la atención, en un acercamiento a la persona desde un enfoque biopsicosocial, en el que los y las profesionales están implicados en su atención. Establece los dos objetivos que más se acercan a objetivos de resultado, de impacto, al plantear que el objetivo de mejorar la supervivencia al cáncer para las personas que lo padecen, además de orientar sobre la relevancia de la actitud del sistema hacia la humanización de la atención oncológica, proponiendo un objetivo específico.

El resto de los ejes y sus 37 objetivos, como se ha comentado, tienen un enfoque más instrumental, más operativo.

El **Eje 1, La acción intersectorial en oncología. Promoción de entornos saludables y programas de diagnóstico precoz poblaciones**, responde a la parte de promoción, prevención y detección precoz, y lo hace desde una perspectiva amplia e intersectorial, con la necesaria implicación de otros agentes más allá del Sistema Vasco de Salud, en coherencia con el enfoque de salud en todas las políticas. Se despliega a través de 17 objetivos estructurados en: hábitos de vida saludable (4 Objetivos), Riesgos por radiaciones ionizantes (3 Objetivos), Melanoma-Riesgos por la exposición solar (1 Objetivo), Medio Laboral (4 Objetivos) y Programas de Cribado (5 Objetivos).

El **Eje 2, Sistemas de Información**, pone el foco en los SSII al considerar que la generalización del uso de la historia clínica informatizada y, en el caso de Euskadi, la integración de la información en Osabide Global, ofrece una excelente oportunidad para la mejora en los sistemas de información sanitaria. Se despliega a través de 3 objetivos y 2 subobjetivos: El registro de cáncer y el modelo de gestión necesario para el análisis en tiempo real de la información disponible; La integración de la gestión del proceso oncológico en Osabide; La implantación de modelos de evaluación de resultados en salud y calidad de vida de los pacientes.

El **Eje 3, Modelo Asistencial**, orientado al abordaje integral y multidisciplinar de los ámbitos de prevención, cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer, que tiene implicaciones organizativas y que el POE contempla a través de 9 Objetivos distribuidos en tres bloques: Aspectos generales, situaciones diferenciadas y Onkologikoa.

- **Aspectos generales:** Con el despliegue de las Comisiones de Tumores CoT, los Comités de Tumores CT, las figuras de médico/a responsable, enfermeras/os de enlace y oncólogo/a de enlace. Además, incorpora la revisión y adecuación de circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico y tratamiento en aquellos tumores en los que esto implica un beneficio adicional en el pronóstico del personal paciente, con la implantación de canales de diagnóstico rápido entre AP y los equipos de especialistas hospitalarios para el diagnóstico y tratamiento precoz ante signos o síntomas de sospecha de patología oncológica. Finalmente, se contempla el objetivo de concentrar procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia, que requieren de alta especialización en los que la concentración de conocimientos, medios y de un volumen mínimo de casos tratados aporta valor en cuanto a mejorar los resultados en salud en la población objeto. (3 Objetivos y 7 subobjetivos).
- **Situaciones diferenciadas:** Una referencia específica a situaciones diferenciadas, como es el caso de la infancia y adolescencia, , las personas mayores, el colectivo de largos supervivientes o las personas con necesidades de cuidados paliativos. (5 Objetivos)
- **Onkologikoa:** Finalmente, la vinculación como modelo para articular la relación de Osakidetza con Onkologikoa. (1 Objetivo)

El **Eje 4 Medicina Personalizada**, con el abordaje asistencial diagnóstico-terapéutico diferenciado en grupos seleccionados de pacientes en función de la presencia de biomarcadores con implicaciones pronósticas y predictivas de resultados. El POE plantea 4 objetivos sobre los que definir las diferentes acciones que deben formar parte del despliegue de la Medicina personalizada de precisión MPP, objetivos que en parte se integran en el Modelo Asistencial que propone el Eje anterior, con la creación del Comité de planificación y gestión de la MPP, las Unidades de referencia para el diagnóstico molecular oncológico, los Comités de Oncología Molecular COM en las distintas OSIs que cuenta con servicios de oncología y el Comité de Oncología Molecular Corporativo.

Finalmente, el **Eje 5 Investigación e Innovación**, muy orientado a generar un marco común de gestión para la investigación clínica en cáncer que permita una oferta única del programa de EECC al conjunto de pacientes oncológicos de Osakidetza de los que se puedan beneficiar en un momento dado, y el desarrollo y despliegue de un protocolo/procedimiento consensuado de

selección de centros de realización de EECC que permita una oferta competitiva a los promotores. Además, apuesta por definir y desarrollar un ámbito colaborativo para el desarrollo de la investigación translacional en MPP en cáncer, de acuerdo con la estrategia de especialización inteligente (RIS3). Y finalmente, una apuesta por el fomento de los programas de Innovación Quirúrgica. Todo ello el POE lo plasma en 4 Objetivos.

En definitiva, este POE, tal y como se recoge al inicio, a través de los 6 Ejes, sus 39 objetivos y 12 subobjetivos hace un recorrido bastante completo por los principales aspectos que deben tratarse en el abordaje del cáncer a lo largo de toda la cadena de valor, con enfoque integral y multidisciplinar.

Además, hay que señalar que dado el enfoque principalmente asistencial que se le pudo dar al POE en el momento de su elaboración, no aparecen intervenciones vinculadas con algunos determinantes sociales de la salud como son el entorno, principalmente la contaminación ambiental, así como la perspectiva de la equidad en salud.

Asimismo, en el despliegue del POE se han puesto en marcha iniciativas que en el Sistema Público de Salud de Euskadi, Osakidetza, no se contemplaban inicialmente como son la innovación terapéutica en aspectos como CAR-T y la acreditación del Hospital Donostia para convertirse en Centro Nacional de Referencia para poder aplicar esta terapia en pacientes oncohematológicos; la puesta en marcha de la Unidad de Protonterapia, que permitirá ofrecer un tratamiento de vanguardia y precisión ante los tumores con una mejor distribución de la dosis de radiación y la reducción del riesgo de dañar los tejidos sanos; y la reciente renovación de aparataje y equipos de radioterapia incorporados en los centros de Osakidetza..

## INDICADORES

Un componente fundamental de cualquier plan que puede considerarse estratégico, como lo es el POE, son los indicadores y el Cuadro de Mando que sirve para monitorizar su despliegue y la evaluación del logro de sus objetivos. Para que el POE sea una herramienta adecuada es necesario que los indicadores establecidos ofrezcan una visión precisa y fiel de la situación en cáncer de la población y de la consecución de los objetivos planteados.

El POE identifica, al menos, un indicador por cada uno de sus Objetivos, más orientados a monitorizar el grado de despliegue de la acción que subyace en cada caso. Se detecta heterogeneidad en cuanto a su naturaleza, se mezclan indicadores de impacto con indicadores de proceso o de cumplimiento de las acciones asociadas a los objetivos, con un peso específico similar a la hora de valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.

Tan solo los dos primeros objetivos estarían orientados a evaluar resultados en la supervivencia del cáncer y el grado de humanización de la atención oncológica.

En el primer caso, el personal experto entrevistado considera que evaluar únicamente la supervivencia limita el concepto de resultados en salud, concepto que va más allá y que contempla indicadores vinculados con la incidencia de cáncer y los resultados clínicos, pero también con la atención basada en valor, que relaciona los resultados alcanzados en el/la

paciente: datos clínicos, resultados aportados por la población afectada (PROM), experiencia personal (PREM) y su coste.

Además, un aspecto que llama la atención es la falta de correspondencia entre los objetivos del POE y los objetivos e indicadores que plantea el PS 13-20, en relación con el Objetivo 2.5 Cáncer, recogidos en el Anexo V.

## 2.2 ¿Cuáles han sido los principales logros del Plan Oncológico?, ¿hasta qué punto ha conseguido los resultados esperados? ¿Cuáles han sido las barreras, carencias...?

En este apartado para cada Eje se responde a las siguientes cuestiones:

1. ¿Hasta qué punto la formulación del eje y los objetivos establecidos ha resultado útil para impulsar el POE? Para responder a esta cuestión se hace una descripción de las actuaciones desarrolladas en cada uno de los objetivos y subobjetivos.
2. ¿Han resultado eficaces las medidas?
3. ¿Cuáles se pueden considerar los logros o resultados más importantes?
4. ¿Cuáles han sido las principales barreras, carencias...?
5. Retos de futuro

### 2.2.1 EJE 0: La persona como eje de la atención

#### ¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL EJE Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA IMPULSAR LA PERSONA COMO EJE DE LA ATENCIÓN?

El POE diseña un eje específico inicial con el objetivo de poner a la persona como eje de la atención, para lo cual propone desplegar dos objetivos, el primero de los cuales es de índole finalista, de impacto en resultados y un segundo más relacionado con los roles que deben asumir los y las profesionales por un lado y las personas enfermas de cáncer por otro. En ambos casos son propuestas dirigidas a comprender la vivencia de la enfermedad, la diversidad de esta y la importancia de la calidad humana y asistencial que recibe una persona enferma de cáncer en su interacción con el sistema.

La atención a las personas enfermas de cáncer es, probablemente, una de las más complejas de entre todas las especialidades médicas. “*El paciente con cáncer es ante todo una persona, debilitada por su enfermedad y por la incertidumbre de su proyecto vital. A ello colabora la toxicidad de los tratamientos que se le administran, el pronóstico, el temor al sufrimiento, la necesidad de adaptarse a una nueva situación personal y a su entorno, a los cambios que a lo largo de su evolución prevé que va a tener y en una medida muy importante a la relación de confianza y competencia que va a tener con su médico/a*<sup>5</sup>”. Esta descripción incluye los aspectos más relevantes que una persona a la que se le diagnóstica de cáncer tiene que hacer frente.

<sup>5</sup> Humanización en la asistencia clínica oncológica Javier García-Conde\*, Ana García-Conde. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 149-156

La intersección de ambos espacios: el personal e individual de cada persona enferma de cáncer y el asistencial, que proporciona el sistema sanitario que debe estar preparado para las diferentes patologías, y donde intervienen profesionales de diferentes disciplinas, requiere una actitud abierta y colaborativa para poner de verdad a la persona en el centro de un sistema complejo.

La información recogida relativa al despliegue estos años de los objetivos marcados en el plan, junto con la participación en la evaluación de un grupo de pacientes oncológicos, que ha trasladado su experiencia personal con el sistema, son la base de la valoración del grado de consecución de estos objetivos.

En cierta medida el objetivo 23: “*Introducir mejoras en la organización y gestión del proceso oncológico para garantizar un enfoque multidisciplinar en la atención de pacientes con cáncer facilitando las tomas de decisiones en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cada paciente*”, tiene relación directa con la consecución de este eje y en concreto con el objetivo 2.

**OBJETIVO 1.-**Mantener la mejora continua en la supervivencia del cáncer de forma que se mantenga la actual tendencia observada en el periodo 2000-2012

Según el informe presentado por la consejera de Salud en febrero de este año, el nivel de mortalidad por cáncer ha ido descendiendo desde 2001 hasta 2021, periodo que se analiza en el informe “Cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi 2001-2021”. Se ha producido un descenso significativo de las tasas de mortalidad ajustadas por edad a la población europea estándar, por cáncer (todos los tumores malignos) en el periodo 2001-2021 en ambos sexos, en los hombres este descenso ha sido de un 0,9 % anual en los primeros años, hasta el 2014 (de 438,9 por 100.000 habitantes en 2001 a 385,3 en 2014), y de un 2,6 % anual del 2014 al 2021 (321,1 por 100.000 en 2021). En las mujeres el descenso ha sido menor, de un 0,3 % anual a lo largo de todo el periodo (de 177,3 en 2001 a 160,3 en 2021).

La supervivencia es otro indicador relacionado evidentemente con la mortalidad, pero exige un análisis más complejo que el que se puede derivar de los datos de registro. El último dato de supervivencia disponible es el publicado en el año 2018 cuando se analizaron los casos de cáncer diagnosticados hasta el 2012 con un seguimiento de 5 años (hasta 2017). En estos momentos se están trabajando en el análisis la evolución de la supervivencia de las personas diagnosticadas de cáncer hasta el año 2017 con seguimiento de 5 años (hasta 2022).

Dada la dificultad para el cálculo real de datos de supervivencia, la tendencia que se está siguiendo en los sistemas públicos de salud es trabajar en base a estimaciones mediante modelos matemáticos (que no contemplan eventos extraordinarios como ha sido la pandemia), que, en el sistema vasco de salud, de momento no se están aplicando.

En cualquier caso, el dato positivo a destacar en esta evaluación es el descenso continuo de la mortalidad.

## OBJETIVO 2.-Mantener la mejora continua en la actitud del sistema sanitario hacia la humanización de la atención oncológica.

El Plan Oncológico recogía en este objetivo la importancia y el valor de poner a la persona que sufre esta enfermedad en el centro de la atención desde un enfoque biopsicosocial, en el que el papel del conjunto de profesionales es clave para su consecución. Es un objetivo transversal que si irá recorriendo a lo largo de la evaluación y al que han contribuido varios elementos como la propia gobernanza del plan, los comités de tumores, la unidad de gestión clínica (en OSI Donostialdea), los procesos diseñados para el diagnóstico rápido y la figura de los/as enfermeros/as Minbizi,, etc..

En este apartado la evaluación se va a centrar en los dos subobjetivos en los que se desdobra en:

- La **elaboración de un plan de formación para los y las profesionales** que abarque como líneas de trabajo el conocimiento de la vivencia del/la paciente oncológico/a, normalizar y dar a conocer las claves del proceso oncológico a quienes no tratan directamente con la enfermedad, promover actitudes de colaboración entre profesionales, imprescindibles para proporcionar una asistencia humana y de calidad, y finalmente proporcionar herramientas para trabajar las habilidades relacionales de los y las profesionales para el trato con la población afectada.
- **Desplegar el programa Paciente Activo-Paciente Bizia** con el objetivo de empoderar a los y las pacientes supervivientes de cáncer para ayudarles en la gestión de su salud y conseguir mejores resultados en su proceso de recuperación.

Para proceder a esta evaluación se han compartido las preguntas y la matriz de evaluación con las personas responsables del servicio de formación de Osakidetza, del programa de Paciente Activo y se ha organizado una reunión focal con un grupo de pacientes supervivientes de cáncer para conocer de primera mano su experiencia en relación al proceso vivido dentro del sistema e identificar esa actitud de mejora continua del sistema hacia la humanización de la atención oncológica.

### ¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

La valoración del grado de efectividad de las medidas teniendo en cuenta los objetivos propuestos

## OBJETIVO 2.1.- Desplegar un plan de formación hacia los y las profesionales.

La actividad de formación desarrollada para desplegar el objetivo se ha hecho respetando y siguiendo lo que se quería conseguir con el POE en relación con la humanización de la atención y la importancia de que el conjunto de profesionales sean oncólogo/as o, no tengan el conocimiento y las herramientas para tratar con la población paciente que atienden. De hecho, casi toda formación programada estaba dirigida a personal sanitario no especialista en oncología.

El plan de formación desplegado ha funcionado muy bien según las valoraciones de las personas participantes. Todos los ítems de valoración de la formación seguida se puntuaron por encima de 8. Del conjunto de participantes el 85% es personal sanitario, pero solo el 11% es personal médico,

el resto: 30% enfermeros/as y 37% auxiliares de enfermería. La cuestión no tan positiva que hay que señalar es que el nivel de participación no ha sido el esperado, se han formado pocos profesionales.

El Plan de formación se elaboró de forma colaborativa entre el servicio de formación de Osakidetza y la coordinadora del Plan Oncológico. Se optó como metodología organizar la formación a partir de una formación de base e ir agregando contenidos. Entre los materiales que se trabajaron se incorporaron testimonios grabados de pacientes, se redactaron guías y manuales para mantener una entrevista con la persona a la que hay que comunicar su diagnóstico y se ha utilizado infografía relacionada con personas afectadas, para integrar su mirada. También hay que señalar que para adaptarse al tiempo de pandemia el formato de impartición fue online.

En el período 2018-2023 (en marcha), se han realizado diez ediciones del curso online centrado en la experiencia de la persona paciente “*Plan oncológico de Euskadi: redirigiendo la mirada de la enfermedad a la persona*”. Están planificadas cinco ediciones más a realizar en el año 2023.

Desde enero de 2022 está disponible para los y las profesionales de las áreas implicadas el curso formativo online “*Cuidados Paliativos: 5 miradas. Innopal.*” del cual hasta el momento se han impartido 8 ediciones y están previstas dos más antes de finales de 2023.

Por otra parte, en mayo de 2021 se impartió el webinar “*Y de repente el cáncer irrumpió en mi vida*”. En este curso se inscribieron 343 personas, aunque finalmente asistieron 188.

Los datos de actividad correspondientes a este objetivo quedan recogidos en la siguiente tabla.

**Tabla 1: Datos del plan de formación**

Año	POE 2018-2023: redirigiendo la mirada de la enfermedad a la persona			Cuidados paliativos: 5 miradas. Innopal		
	Ediciones	Inscripciones	Formaciones	Ediciones	Inscripciones	formaciones
2020* (piloto)	1	39	26			
2021	4	1.518	946			
2022	3	614	479	5	1.990	1.393
2023	2	255	152	3	489	173
Total	20	2.426	1603	8	2.479	1.566

Además de lo descrito anteriormente, ha diseñado y ofrecido desde Osakidetza a los y las profesionales, formación en relación con la planificación compartida de la atención y las voluntades anticipadas, así como con la aplicación de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia. Finalmente hay que señalar que en el último cuatrimestre de 2023 se prevé una formación específica sobre el “proceso deliberativo” en relación con la solicitud de la prestación de ayuda para morir y se está trabajando también en el diseño de un curso de formación online

sobre cuidados paliativos pediátricos en relación con El Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027.

**OBJETIVO 2.2.-** Empoderamiento de los y las pacientes supervivientes de cáncer. Despliegue del Programa Paciente Activo-Paciente Bizia dirigido a personas supervivientes de cáncer, con el objetivo de ayudar a las personas que han superado un proceso oncológico, así como a sus cuidadores principales. Desde Osasun Eskola16 se ha desarrollado un programa de educación en autocuidados, en el que se adquieren conocimientos y habilidades para capacitar a las personas a gestionar su propia salud, con el objeto de conseguir mejores resultados en su proceso de recuperación

En noviembre de 2018 se presentó el programa "Cuidando mi salud después del cáncer", el cual forma parte del programa *Paciente Bizia-Paciente Activo*. Esta iniciativa se lleva a cabo con el foco puesto en el apoyo y el aprendizaje entre pares, con el objetivo principal de abordar las necesidades sentidas no satisfechas de la población superviviente de cáncer y su entorno. Busca empoderar a estas personas y ayudarlas a adquirir habilidades y herramientas para la activación en el autocuidado y la autogestión de su propia salud, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Son talleres grupales compuestos por 12-15 personas, que se reúnen semanalmente 2,5 horas durante 7 semanas. Están dirigidos por 2 personas supervivientes de cáncer y/o cuidadores/as principales que han sido entrenados/as específicamente por el programa.

Los talleres centrados en la población superviviente de cáncer, así como en las personas de su entorno de cuidados, dejaron de ser presenciales en el segundo semestre del año 2020. Hasta el año 2022 los talleres ofertados fueron en formato no presencial. En 2023, aunque se espera volver al formato presencial, aún no se ha impartido ningún taller por la dificultad en la difusión de los propios talleres y en consecuencia la captación de nuevos pacientes.

En la siguiente tabla se muestran el número de personas participantes por OSI en los talleres realizados en el período 2018-2022:

**Tabla 2: Nº de personas participantes en los talleres Paciente Activo-Paciente Bizia por OSI**

Número de participantes	2019	2020*	2021*	2022*	Total
<b>OSI Araba</b>	9	14	2	2	27
<b>OSI Barakaldo-Sestao</b>	12	9	0	0	21
<b>OSI Barrualde-Galdakao</b>	0	2	1	3	6
<b>OSI Bilbao-Basurto</b>	17	1	2	2	22
<b>OSI Debabarrena</b>	0	12	0	0	12
<b>OSI Debagoina</b>	19	26	0	0	45
<b>OSI Donostialdea</b>	23	19	3	1	46
<b>OSI Ezkerraldea -Enkarterri-Cruces</b>	15	0	1	1	17
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>83</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>197</b>

\*En 2020 los talleres presenciales se suspendieron a mitad de la formación y se realizaron talleres por videoconferencia tras el confinamiento.

En diciembre de 2022 se concedió a esta actividad el primer premio en la XVI. Jornada de Innovación e Investigación en Enfermería "Conocer-nos" del Colegio oficial de Enfermería de Gipuzkoa por los resultados del estudio de investigación cualitativa "*Impacto de un programa de educación entre iguales en supervivientes de cáncer y cuidadores*".

En febrero de 2023 se publicó el artículo "*Impact of the 'Looking after my health after cancer' peer-led active patient education program on cancer survivors and their caregivers: A qualitative study*" en la revista Plos One<sup>6</sup>.

Además, en los últimos años se han llevado a cabo diversas comunicaciones en congresos:

- International Conference on Integrated Care, 2019, Donostia / San Sebastián. Comunicación en formato póster. Título: "Cuidando mi salud después del cáncer" de la teoría a la práctica. Implementación y evaluación.
- Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, 2022, Iruña / Pamplona. Comunicación oral. Título: Impacto de un programa educativo entre iguales en supervivientes de cáncer y cuidadores.
- Congreso SECA, 2022, Zaragoza. Comunicación oral. Título: Impacto de un programa de educación entre iguales en supervivientes de cáncer y cuidadores.
- Congreso Internacional de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, 2023, Iruña / Pamplona. Comunicación oral. Título: Implementación y resultados de una intervención educativa entre iguales en supervivientes de cáncer y cuidadores.

### **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

El hecho de que existiera un Plan Oncológico se ve como un logro por actuar de impulsor de las acciones de formación planificadas.

La metodología de trabajo también se considera un logro incorporando la voz de las propias personas pacientes trasladando al personal sanitario sus vivencias

La participación en un programa dirigido por pares permite ser más consciente de los efectos adversos tardíos y de las propias necesidades sentidas no satisfechas a nivel físico, emocional, social y espiritual y, a su vez, sentirse más y mejor comprendidos con respecto a todos los aspectos de lo que implica vivir la "nueva normalidad" después del cáncer.

Por otro lado, al ser sesiones grupales, se busca compartir experiencias y encontrar comprensión y apoyo mutuo, que sirva como estímulo motivacional para hacer frente a todo lo relacionado con la vida en la supervivencia del cáncer. Gracias a esto, los y las supervivientes pueden ver sus vivencias de manera más positiva, lo que lleva a una mayor activación del autocuidado y empoderamiento para el autocontrol de su nueva condición.

---

<sup>6</sup> Ulibarri-Ochoa A, Sánchez-Gómez S, Gamboa-Moreno E, Duo-Trecet I, Garate-Echenique L, Belarra-Tellechea B, et al. Impact of the "Looking after my health after cancer" peer-led active patient education program on cancer survivors and their caregivers: A qualitative study. PLoS One [Internet]. 2023;18(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0282018>

Desde su implantación en 2017, 312 personas han participado en los talleres (270 en modalidad presencial y 42 por videoconferencia, implantada desde la pandemia del COVID-19 en 2020).

### **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

---

Los aspectos menos positivos, o en los que queda un mayor camino que recorrer, tienen que ver con el grado de penetración y/o seguimiento de las actuaciones de formación puestas en marcha para incorporar la experiencia de la población paciente en el proceso oncológico y para dotar de herramientas a los y las profesionales hacia un trato más humano en su relación con las personas con cáncer. El nivel de seguimiento ha sido bajo por lo que será necesario analizar las causas que han podido influir (además del Covid-19) y proponer nuevos marcos de trabajo.

Se ha mencionado como una de las posibles razones el escaso conocimiento a nivel del equipo de profesionales de la existencia del propio Plan Oncológico y la importancia que se le haya otorgado en las diferentes organizaciones. La conexión entre servicios centrales y organizaciones de servicio y los canales de comunicación que para ello existen, necesitarán probablemente una revisión o adaptación para mejorar los índices de participación en un Plan futuro.

La redacción y puesta en marcha de la Estrategia de Humanización de Osakidetza va a ser un elemento clave para superar estas carencias.

Por otro lado, en cuanto a actividades de seguimiento de pacientes supervivientes, existe un gran desconocimiento por parte de la población usuaria potencialmente beneficiaria.

Las personas responsables del taller de Paciente Activo piensan que los y las profesionales que llevan el seguimiento desde atención primaria y hospitalaria de los casos son los que deberían informar de la existencia y conveniencia de estos programas. Para ello, es vital que lo conozcan y sobre todo que confíen en los beneficios que traen consigo para la población afectada y sus familias.

### **RETOS**

---

En las conversaciones mantenidas con los diferentes grupos y personas entrevistadas, como retos asociados al eje, se han enunciado los siguientes:

- Alinear el nuevo POE con la Estrategia de Humanización definida por Osakidetza.
- Disponer de metodologías y procesos capaces de monitorizar la evolución de los resultados que se van obteniendo en supervivencia.
- Afianzar y profundizar en la humanización, evitando la variabilidad en la acción asistencial.
- Impregnar a los y las profesionales de la experiencia de paciente y continuar con el esfuerzo para avanzar en dotarles de herramientas efectivas para la interacción.

- Activar mecanismos de escucha y participación de la población paciente en su proceso asistencial y en las etapas posteriores de monitorización, seguimiento y alta.
- Comunicar e informar de manera sencilla (evitar términos técnicos o en su caso tratar de explicarlos de manera que se garantice la correcta comprensión) y a la vez completa de los efectos de todo tipo que puede generar el tratamiento de la enfermedad.
- Extender la atención psicosocial no solo a la persona enferma, sino también tener en cuenta al entorno cercano.

## 2.2.2 EJE I: LA ACCIÓN INTERSECTORIAL EN ONCOLOGÍA. PROMOCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES Y PROGRAMAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ POBLACIONALES.

**¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL EJE Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA IMPULSAR LA ACCIÓN INTERSECTORIAL EN ONCOLOGÍA?**

### HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

Los hábitos de vida saludables y en concreto los objetivos que recoge el Plan Oncológico son a su vez objetivos prioritarios del Plan de Salud 2013-2020 y del VII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2017-2021, por lo que el conjunto de objetivos marcados en este ámbito mantiene una trazabilidad directa y una coordinación de actuaciones estrecha dirigidas a alcanzar los objetivos marcados en los planes correspondientes.

Una gran cantidad de estudios e investigaciones desarrolladas en los últimos años indican la influencia positiva que la práctica de actividad física y el seguimiento de pautas saludables en alimentación tienen el estado de salud de las personas protegiendo en mayor medida de sufrir patologías cuyo riesgo aumenta por factores como el sedentarismo y malos hábitos de alimentación (diabetes, cardiopatías...).

También se constata con los datos que se publican a nivel estatal que entre los factores de riesgo responsables del mayor número de pérdida de AVADs (años perdidos ajustados por discapacidad) se encuentran el tabaquismo y el consumo de alcohol.

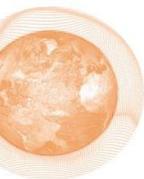
Por ello, el sentido de los objetivos que el POE incluyó en este primer eje era el de asumir de manera explícita el trabajo conjunto con otros departamentos del Gobierno Vasco, administraciones forales y locales, así como otros agentes concernidos con la salud de las personas, como es el ámbito laboral.

A continuación, se describen las principales acciones llevadas a cabo en estos objetivos.

**OBJETIVO 3.-** Promover la práctica de actividad física de la población, siguiendo las pautas y estrategias definidas en el Plan de Actividad Física de Euskadi.

Los principales proyectos que contribuyen a la promoción de la actividad física son los proyectos Mugiment y Ttipi-Ttapa.

- **El proyecto Mugiment**, la Dirección de Salud Pública y Adicciones y la Dirección de Actividad Física y Deportes junto con las tres Diputaciones Forales, han mantenido el plan estratégico común para la promoción de la actividad física en Euskadi a través de este proyecto. Con él se pretende lograr una sociedad vasca activa, aunando las iniciativas



orientadas a promover la actividad física y disminuir el sedentarismo y priorizando las medidas para que las personas inactivas dejen de serlo.

**El despliegue del proyecto se materializa a través de dos iniciativas principales: las redes Mugiment y los servicios de orientación de actividad física (SOAF)**

Las redes Mugiment son grupos de trabajo intersectoriales, entre cuyos objetivos está la promoción de actividad física en el ámbito local. Las redes están compuestas por diferentes agentes, pero el protagonista indiscutible debe ser la comunidad; se pretende trabajar desde la comunidad para la comunidad, dándole la oportunidad para expresar sus prioridades y mostrar sus preferencias.

En 2021 hay activas 38 redes MUGIMENT en los tres territorios de la Comunidad Autónoma del País Vasco: 7 en Araba, 17 en Bizkaia y 14 en Gipuzkoa.

En cuanto a los servicios de orientación a la actividad física-SOAF-, consisten en ayudar a personas inactivas, con o sin patologías y diferentes motivos/causas, a que incorporen la práctica de actividad física como un hábito más dentro de sus vidas, y ello les permita mejorar tanto su condición física, como su bienestar global. En la actualidad, se han puesto en marcha estos servicios en 43 municipios de Euskadi: 4 en Araba, 19 en Bizkaia y 20 en Gipuzkoa.

- **El proyecto Ttipi-Ttapa.** Es un proyecto de creación de rutas de caminantes, impulsado por el Departamento de Salud, con el objetivo de involucrar a diferentes agentes del municipio (asociaciones, ayuntamientos, servicios de salud, etc. así como la propia comunidad) y fomentar la participación de la comunidad.

La Dirección de Salud Pública y Adiciones impulsa la creación de proyectos Ttipi-Ttapa mediante la convocatoria anual de ayudas a entes locales para la creación y dinamización de recorridos saludables a través de la participación de diferentes agentes de la comunidad.

En el periodo 2019-2021 se han subvencionado 156 proyectos que fueron presentados por 65 entidades locales. En la actualidad hay 37 proyectos Ttipi-Ttapa en marcha en los municipios de Euskadi: 33 en Gipuzkoa y 4 en Araba.

El proyecto **fue reconocido en 2021 como "Mejor práctica en salud" por la Dirección General de Salud de la Unión Europea**, la cual identifica, reconoce y difunde las mejores prácticas para el progreso de la promoción de la salud en Europa.

**Otras iniciativas que, aunque no son preventivas también contribuyen** al desarrollo de este objetivo con foco específico en personas afectadas por cáncer son **dos proyectos de I+D del Departamento de Salud: Bizi Orain y SEHNeCA**.

- **Bizi Orain-** es un estudio de investigación centrado en el impacto del ejercicio físico en pacientes oncológicos con tratamiento antineoplásico activo en Bizkaia llevado a cabo por el Instituto de Investigación en Salud Biobizkaia. Su misión es aportar beneficios al colectivo, prestando cuidados personalizados y supervisados, que integren el ejercicio como arma terapéutica fundamental, la nutrición saludable, el abandono de hábitos

tóxicos, el apoyo psicológico y social. Para ello, oferta servicios de evaluación inicial de los y las pacientes, prescripción personalizada de planes de ejercicio físico y de promoción de la salud, supervisión de la ejecución de los mismos, educación para la salud, investigación, formación, conexión con recursos comunitarios, apoyo y seguimiento de los y las pacientes.

Este proyecto se constituye en un centro vertebrador de intervenciones intersectoriales con enfoque poblacional, que integra los servicios hospitalarios con los de atención primaria, los servicios sociales, los recursos deportivos y municipales, necesarios para hacer que este tipo de atención integral a las personas con cáncer y otras enfermedades crónicas, sea el estándar de cuidados y para dar continuidad a los logros que inicialmente consigan los y las pacientes en sus niveles de salud. Entre mayo del 2019 y diciembre del 2021 se incluyeron 311 pacientes, 157 (52,4%) en el grupo de intervención y 154 (47,6%) en el grupo de referencia “Prescribe Vida Saludable” (PVS), al que se prescribe un plan de actividad física y hábitos saludables para realizar de forma autónoma.

El proyecto iniciado en 2022 sigue en marcha con 4 grupos de discusión involucrados en el proyecto desde su inicio para extraer conclusiones y planificar la traslación y el escalamiento a las OSIs dados los resultados positivos medidos en la muestra de pacientes.

- **Proyecto SEHNeCA-** Es un proyecto de ejercicio supervisado para personas con cáncer de cabeza y cuello. Su objetivo es evaluar la efectividad y eficiencia de un programa innovador de ejercicio supervisado para este colectivo o para mejorar la pérdida de masa corporal magra, la capacidad funcional y la calidad de vida durante un año, en comparación con un grupo de referencia que recibe una prescripción de actividad física para ser realizada de forma autónoma, identificando el momento óptimo para aplicar el programa de ejercicio supervisado. Hasta el momento se han reclutado 96 personas dispuestas a participar en el proyecto.
- **Proyecto Onfokrail-** Se trata de estudio interinstitucional en el que participan las OSIs Araba, Bilbao-Basurto y Donostialdea en colaboración con tres de los Institutos de Investigación en Salud (Bioaraba, Biobizkaia y Biogipuzkoa. Consta de dos partes. El objetivo de la primera parte es identificar un panel de biomarcadores asociados a la fragilidad en población mayor oncológica afectada y, relacionado con esto, analizar la correlación de los biomarcadores con las escalas de fragilidad y estudiar el valor predictivo de los biomarcadores en los resultados del tratamiento sistémico (toxicidades, dosis-intensidad real, adherencia, calidad de vida y sus componentes). En una segunda parte, se pretende analizar la efectividad en el mantenimiento de la capacidad funcional de un programa de ejercicio físico individualizado. Para ello, primero se diseña y desarrolla el programa de ejercicio físico adaptado y personalizado a las personas ancianas y también se estudia el valor predictivo de una serie de biomarcadores en la efectividad del ejercicio físico.

**OBJETIVO 4.-** Implementar la estrategia de Iniciativas para una alimentación saludable para la población de Euskadi teniendo en cuenta las desigualdades sociales y de género en los patrones de consumo.

Este objetivo del POE recoge el objetivo del Plan de Salud 2013-2020 conectándose al igual que en el anterior objetivo ambos planes. Derivado de dicho Plan de Salud se puso en marcha el plan "**Iniciativas para una Alimentación Saludable en Euskadi**", promovido por los departamentos de Salud, Educación y Agricultura del Gobierno Vasco, que ha buscado fomentar la salud a través de la alimentación. Dicho plan contemplaba 18 iniciativas a desarrollar antes de 2020, que iban desde la reducción del consumo de sal y azúcar, a la promoción de frutas y verduras de temporada, o el impulso a la alimentación saludable en los comedores escolares, entre otras.

En 2021 el Departamento de Salud, en colaboración con Osakidetza y el Basque Culinary Center, publicó una nueva guía práctica: "On egin!" enmarcado dentro de las acciones dirigidas a prevenir la obesidad infantil en Euskadi, presentando una serie de menús para seguirlos en los centros escolares y en las familias.

Por otra parte, se incluyeron en el contrato programa del año 2021 dos indicadores relativos a la obesidad con el objetivo de promover la vigilancia y registro: "la cobertura de la revisión de niños y niñas menores de 14 años por franjas de edad" y "Control anual del índice de masa corporal en adultos".

Por último, señalar que un programa iniciado en 2020 en OSi Arabako Errioxa: "*El viaje de Mangols. Caminando hacia una vida saludable*" cuyo objetivo concreto es conseguir un tratamiento eficaz contra el sobrepeso y la obesidad infantil generando cambios en los hábitos del estilo de vida que se vean reflejados en una disminución de la desviación estándar del Índice de Masa Corporal de los y las pacientes, en un cambio en la calidad de dieta y una mayor actividad física, se ha extendido al conjunto de OSIs para lo que se ha diseñado un curso de formación, cuyo primer curso piloto se realizó a comienzos de 2022. Actualmente hay 389 familias activas y 458 profesionales han finalizado la formación. Esto supone que existe personal formado y población afectada activa de este programa en todas las OSIs.

**OBJETIVO 5.-** Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco y proteger a la población de Euskadi del humo del tabaco mediante las medidas previstas en la Estrategia Euskadi Libre del Humo del Tabaco.

Este objetivo y el siguiente provienen del VII Plan de Acciones en Euskadi que se puso en marcha en 2018 y se evaluó en 2021, destacando como señala el objetivo las intervenciones de promoción de la estrategia "Euskadi libre de humo de tabaco" activa desde 2010. Esta es una estrategia encuadrada dentro del Plan de medidas MPOWER de la OMS para reducir la epidemia del tabaquismo.

En el marco de la estrategia se han desarrollado **tres programas principales**, dos de ellos impulsados desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones: "**Kerik gabeko Gazteak**" y "**Kerik Gabeko Guneak**" y el de **tratamientos para dejar de fumar** que los impulsa y despliega Osakidetza

El programa "Kerik gabeko Gazteak" se dirige a la población adolescente de 6º de primaria y de la ESO. Desde su puesta en marcha han participado 24.101 alumnos y alumnas de 279 centros escolares.

En relación con "Kerik gabeko Guneak" hay que señalar que es una red colaborativa auspiciada por el Gobierno Vasco en colaboración con instituciones y agentes, donde se integran espacios para el disfrute sin humo de tabaco. Entre 2017 y 2021 se han llegado a acuerdos con 88 organizaciones empresariales de ocio, comercio y hostelería. En 2021 se ha incorporado a este programa, en formato de pilotaje, la iniciativa "Kerik gabeko Hondartzak" a la que se están incorporando nuevas playas. En total son 16 las playas adheridas: 1 en Araba-Garaio, 10 en Bizkaia (todas las de las comarcas de Busturialdea-Urdaibai, Lea-Artibai, Bakio y La Arena) y 6 en Gipuzkoa (las de Deba, Hondarribia y Zumaia.)

En lo que respecta a los programas de deshabituación tabáquica que se impulsan desde Osakidetza, destacar que en 2020 se aprobó la financiación de la medicación de apoyo para la deshabituación tabáquica, del que se han beneficiado 11.001 personas, mientras que, en los programas específicos de prevención del consumo de tabaco, pero también de alcohol y cannabis han participado entre 2018 y 2021 un total de 75.345 personas: 33.583 mujeres y 41.763 hombres.

Otro instrumento activado para dar valor a las acciones dirigidas a reducir el consumo de tabaco que pueden impulsar las OSIs, ha sido la inclusión en el Contrato Programa del año 2021 varios indicadores relativos al consumo de tabaco: el cribado de tabaco", "la cobertura del tabaquismo", "el consejo a fumadores", "el porcentaje de personas ex fumadoras", "el número de pacientes que han recibido tratamiento" y "porcentaje de personal fumador que han recibido tratamiento para dejar el tabaco".

**OBJETIVO 6.-** Disminuir la prevalencia del consumo de alcohol en la población vasca, retrasando la edad de inicio y reduciendo los consumos de riesgo y su frecuencia en la población joven.

Para el cumplimiento de este objetivo se han seguido las acciones impulsadas por el VII Plan de Adicciones en Euskadi, que en el caso de la gente joven se han articulado entorno a un conjunto de programas, algunos de prevención como el Programa ICERBERG, Mimarte y Menores y Alcohol, y otros de formación y sensibilización de profesionales que están en contacto con personas menores de edad.

- **Programa ICEBERG-** Programa de prevención dirigido al alumnado de la ESO, Bachillerato y Ciclos formativos, que durante 2017 a 2021 ha organizado 1.322 talleres, donde han participado 24.378 alumnos y alumnas.
- **Programa Mimarte-** Programa de prevención también utilizando artes escénicas que ha desarrollado un total de 208 representaciones donde han participado 10.923 personas jóvenes
- **Programa menores y alcohol-** Su objetivo era introducir en el currículo educativo la referencia a la adquisición de hábitos de vida saludables y prevención de las adicciones, para que el alumnado interiorice competencias de autorregulación y comprenda cuáles

son los riesgos asociados al consumo de drogas y las conductas susceptibles de generar adicción. Como resultado de un acuerdo de colaboración con el Dpto de Educación en el marco del Plan Heziberri 2020 se incorporó la prevención de acciones en el currículo.

- **Formación y sensibilización de profesionales**-Es una iniciativa que se dirige a personal de hostelería, txosnas, integrantes de comisiones de fiestas, monitorado de tiempo libre, educadores y educadoras de calle, policías municipales y ertzainas. Entre 2017 y 2021 se han organizado 114 talleres donde han participado 1.391 personas.

Finalmente señalar otras acciones dirigidas a la población en general, identificadas bajo la marca ZAINDU que ha desarrollado una aplicación para móviles, donde ofrece evidencias sobre los efectos del consumo de alcohol, y también razones para desterrar falsos mitos sobre dicho consumo, campañas como “Elige la foto del verano” de sensibilización en entornos festivos; distribución de materiales sobre prevención de consumo de alcohol en centros de atención primaria y a ayuntamientos y comunidades.

### RIESGOS POR RADIACIONES IONIZANTES

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2017-2020 que es la que estaba vigente en el momento de elaboración del POE es el referente para la inclusión y posterior despliegue de estos objetivos.

En dicha estrategia se recogía una línea específica, 1.6 de “Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante” que se ha mantenido tal cual en la nueva estrategia 2030, que es la que está vigente actualmente y que posibilita la continuidad de las actuaciones.

Teniendo en cuenta la interconexión entre ellos, la valoración de estos objetivos se hace de manera conjunta.

**OBJETIVO 7.-** Promover acciones para la optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas en las que se utiliza radiación ionizante.

**OBJETIVO 8.-** Promover la aplicación de protocolos específicos consensuados para la realización de pruebas con radiación ionizante, para el conjunto de la organización, con el fin de reducir la variabilidad.

**OBJETIVO 9.-** Explotar los datos acumulados gracias al historial dosimétrico con el objetivo de ajustar las dosis de radiación necesaria de manera eficiente.

Para abordar estos objetivos, los avances que se han dado en estos años están relacionados con el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente que ha estado en vigor en el periodo 2017-2020, con incidencia en el POE y que son los siguientes:

- Creación de grupos referentes con profesionales de los servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear respectivamente.
- Realización de sesiones de sensibilización en las organizaciones de servicio dirigidas a profesionales de los servicios de Radiología, Pediatría y otro personal prescriptor.

- Incorporación del volcado de dosis utilizadas en las mamografías en el Historial dosimétrico de Osabide Global que ya está en marcha y que se ha ampliado con los TAC, a través del pilotaje realizado en los servicios de urgencias y radiodiagnóstico de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.
- Desarrollo de la matriz de riesgo en el Servicio de Radioterapia (MARR) en la OSI Donostialdea como proyecto BOTTON UP con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.
- Desarrollo del catálogo corporativo para la radiología intervencionista.

Recientemente se ha aprobado una nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2030 que deberá tenerse en cuenta en la elaboración del nuevo POE.

### RIESGOS POR LA EXPOSICIÓN SOLAR

**OBJETIVO 10.-** Intensificar acciones para informar a la población sobre los riesgos de la exposición solar y las precauciones a adoptar para evitar los daños producidos por las radiaciones solares, tanto a corto como a largo plazo.

Este objetivo se ha abordado desde la vertiente preventiva de salud pública, y no tanto desde el despliegue del POE. La web de Departamento de Salud recoge información dirigida a la ciudadanía en general alertando de los riesgos que conllevan exposiciones prolongadas al sol sin protección.

En concreto se menciona que evitar la exposición solar directa es la acción más importante a la hora de proteger la piel y se dan una serie de medidas que junto con los productos de protección solar (filtros solares) ayudar a que la protección de la piel sea eficaz. Específicamente se da información más detallada sobre: medidas para protegerse del sol; fototipos para conocer las estrategias a medida más adecuadas; índice de radiación ultravioleta; recomendaciones de fotoprotección según IUV y fototipo; clasificación de las cremas solares según su factor de protección y consejos sobre su aplicación, así como de medicamentos fotosensibilizadores.

### MEDIO LABORAL

La exposición a agentes cancerígenos en el medio laboral es una de las causas reconocidas de cáncer como enfermedad profesional.

Los objetivos 11,12, 13 y 14 persiguen:

- Reducir la exposición de la población trabajadora a agentes cancerígenos en el medio de trabajo.
- Mejorar la información sobre el cáncer de origen laboral.
- Detectar de manera precoz determinados cánceres de origen laboral.

**OBJETIVO 11.-** Mejorar el sistema de información sobre el cáncer laboral y sobre los cancerígenos en el entorno laboral.

Durante el periodo de vigencia del POE, Osalan creó un **grupo de trabajo** constituido por personal de la Unidad de Salud Laboral y personal del área técnica que estudia casos de tres tipos de cáncer laboral seleccionados por su estrecha asociación con agentes laborales: mesoteliomas (principalmente pleurales), adenocarcinomas de fosas nasales y senos paranasales, y angiosarcomas hepáticos. El mesotelioma está relacionado con la exposición al amianto, el adenocarcinoma con la exposición a polvo de madera y el angiosarcoma con la exposición a cloruro de vinilo monómero.

El objetivo de este grupo de trabajo es el de conocer la incidencia y tendencia del problema generado por estos agentes cancerígenos y las condiciones de trabajo ligadas a la exposición a los mismos. Se trata de conocer el perfil de los casos e identificar cuáles fueron sus condiciones de trabajo. Por otro lado, también tienen el cometido de proponer medidas que impidan que las mismas se reproduzcan en relación con estos agentes, y generalizar medidas preventivas en relación a otros agentes cancerígenos. Cada caso se investiga de manera específica, mediante el estudio de diferentes fuentes de información y entrevista higiénico laboral.

El conocimiento de los casos se debería producir, principalmente, mediante el procedimiento de comunicación de sospecha de enfermedad profesional. En el caso del cáncer laboral, debido a los prolongados períodos de latencia, lo más habitual es que la comunicación parte del personal facultativo de atención hospitalaria de Osakidetza, ya que puede afectar a personas trabajadoras ya jubiladas. Para ello existe una herramienta en Osakidetza con la que se facilita la comunicación cuando se diagnostica una patología que pueda estar relacionada con una posible enfermedad profesional.

La información que llega por esta vía no está dando los resultados esperados, por falta o irregularidad en la comunicación de sospechas de enfermedad profesional. Por esta razón, se ha producido un retraso en la mejora del sistema de información sobre el cáncer laboral y sobre los cancerígenos en el entorno laboral. Se está intentando paliar esta carencia mediante el estudio de los registros con impresiones diagnósticas CIE 10 asociados a mesoteliomas, adenocarcinomas de fosas nasales y senos paranasales, y angiosarcomas hepáticos que figuran en el repositorio OBIEE de Osakidetza.

En el caso del mesotelioma, el conocimiento también puede proceder de otras fuentes, fundamentalmente ligadas a trámites de reconocimiento de enfermedad profesional.

En la siguiente tabla figuran los casos investigados en Osalan por fecha de entrada de la solicitud de investigación.

**Tabla 3- Evolución del número de casos detectados en Araba, Bizkaia y Gipuzkoa**

	Mesoteliomas				Adenocarcinoma fosas y senos paranasales				Angiosarcoma hepático				<b>Total</b>
	A	B	G	Total	A	B	G	Total	A	B	G		
<b>2018</b>	1	7	7	15	2	5	-	7	-	-	-	-	-
<b>2019</b>	3	10	4	17	-	1	-	1	-	-	-	-	-
<b>2020</b>	-	10	3	13	-	-	1	1	-	-	-	-	-
<b>2021</b>	2	19	22	43	-	-	1	1	-	-	-	-	-
<b>2022</b>	2	18	2	<b>22</b>									
<b>2023*</b>	0	13	8	21	1	2		3					
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>77</b>	<b>46</b>	<b>131</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>13</b>					

A: Araba / B: Bizkaia / G: Gipuzkoa

\* Datos hasta sept 2023

Se realizan **actividades de información y formación** al personal de Osakidetza para que conozca el proceso de vigilancia postocupacional que llevan a cabo, y para fomentar la comunicación de sospecha de enfermedad profesional de las patologías asociadas a la exposición al amianto. Osalan ha publicado píldoras informativas en relación a la vigilancia postocupacional de amianto y se está participando en la elaboración de un curso online dirigido al personal facultativo de Osakidetza para sensibilizar y formar en la comunicación de sospecha de enfermedad profesional.

**OBJETIVO 12.-** Reducir la exposición a agentes cancerígenos en el trabajo mediante el control de la exposición a sílice y al formaldehido en las empresas de fundición metálica.

Osalan participa en el grupo de trabajo de cancerígenos a nivel estatal con el INSST y asesora a las empresas en materia de sustitución de agentes cancerígenos (sílice, cromo IV...) o de limitación del nivel de exposición de las personas trabajadoras al nivel más bajo posible: utilización de sistemas cerrados, limitación de cantidades de agente cancerígeno, etiquetado, almacenamiento, procesos de trabajo que eviten o reduzcan la formación de agentes cancerígenos, evacuación de los agentes cancerígenos en origen, limitación de personas trabajadoras expuestas, detección de exposiciones anormales, medidas de protección colectiva o, cuando la exposición no pueda evitarse por otros medios, medidas individuales de protección, etc.

Todo ello, tomando como base los principios de la actividad preventiva recogidos en la Ley de prevención de riesgos laborales que pasan por:

- Evitar los riesgos: eliminar o sustituir el agente cancerígeno
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar
- Adoptar medidas de protección colectiva
- Si no es posible adoptarlas, medidas de protección individual

Se asesora a las empresas de fundición metálica y otras en relación con la exposición a sílice y a formaldehido, pero no se han llevado a cabo actuaciones específicas relativas a la reducción de la exposición.

**OBJETIVO 13.-** Mejora de la detección precoz del cáncer laboral en población de alto riesgo mediante el desarrollo de guías de vigilancia de la salud para la detección precoz de cáncer asociado a la exposición a diversos cancerígenos laborales.

Osalan ha participado recientemente en la elaboración de 3 protocolos de vigilancia sanitaria específica de la vigilancia de la salud de las personas trabajadoras en las cuales se incluyen actuaciones a realizar en relación con el cáncer que se les asocia laboralmente.

- Adenocarcinoma de fosas nasales y senos paranasales por exposición a polvo de madera (2019)
- Silicosis (2020)
- Protocolización de la vigilancia sanitaria específica de las personas con riesgo de exposición laboral a productos químicos (2023)

En el primero de ellos se indican pruebas complementarias dirigidas a la detección precoz del adenocarcinoma de fosas nasales y senos paranasales debido a que los primeros síntomas y signos con los que se manifiestan estos tumores son sutiles e inespecíficos, en muchas ocasiones asintomáticos, o asemejan patología benigna. El retraso en el diagnóstico implica que el mismo se haga en estadios avanzados, con lo que el pronóstico es desfavorable. La detección precoz mejora claramente este pronóstico.

En cuanto al cáncer de pulmón asociado a la exposición a sílice cristalina se está trabajando en establecer cuáles podrán ser los criterios de exposición de alto riesgo para incluir a las personas trabajadoras que los cumplan en programas de detección precoz.

La protocolización de la vigilancia sanitaria específica de las personas con riesgo de exposición laboral a productos químicos incluye pautas para el abordaje de la vigilancia de la salud de todas las sustancias, mezclas y productos que pueden utilizarse en el medio laboral. Entre ellas, las cancerígenas.

En cuanto al cáncer de pulmón asociado a la exposición a cromo se precisa establecer cuáles podrán ser los criterios de exposición de alto riesgo para incluir a las personas trabajadoras que los cumplan en programas de detección precoz de cáncer de pulmón.

Los protocolos de vigilancia sanitaria específica se desarrollan en el marco de la Ponencia de Salud Laboral por parte de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, y es la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud quien los aprueba.

**OBJETIVO 14.-** Formar, sensibilizar y difundir el conocimiento sobre cáncer laboral en especial formación dirigida al personal médico de los servicios de prevención para la aplicación de las guías de vigilancia de la salud de la población laboral.

Osalan ha realizado actividades de información y formación al personal de Osakidetza para que se conozca el proceso de vigilancia post-ocupacional que llevan a cabo, y para fomentar la comunicación de sospecha de enfermedad profesional de las patologías asociadas a la exposición al amianto. Por otro lado, también se han publicado píldoras informativas en relación con la vigilancia post-ocupacional de amianto.

### PROGRAMAS DE CRIBADO

Los siguientes objetivos: 15, 16, 17, 18 y 19 están dirigidos a los programas de cribado actualmente vigentes y a plantear escenarios de implantación de nuevos. En el momento de elaboración del POE, el cribado de cérvix acababa de implantarse en la primera OSI, por lo que el reto marcado fue su extensión al resto de organizaciones de servicio.

En el caso de los cribados de mama y colón ya activos, los objetivos iban más encaminados a incorporar mejoras y lograr las tasas de participaciones más altas posibles.

En las entrevistas mantenidas con las personas y equipos responsables de cada uno de ellos, se han recogido claves de mejora para incorporar en un próximo plan oncológico y por supuesto valoraciones de índole cualitativa que acompañan a la interpretación de los datos resultantes de la actividad desplegada.

A continuación, se pasa a describir el desempeño logrado en cada uno de ellos.

**OBJETIVO 15.-** Avanzar en la mejora de los programas de cribado implantados (cáncer de mama y cáncer colorrectal) y desplegar el programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix.

**OBJETIVO 16.-** Desplegar estrategias de cribado según categoría de riesgo familiar y grupo de edad, en base a las evidencias y recomendaciones vigentes en las mujeres entre 35 y 49 años.

A lo largo del periodo de vigencia del POE, los programadas de cribados han seguido su implantación cumpliendo los objetivos que los equipos encargados de ello determinaban a excepción del tiempo de pandemia, en especial en 2020. Hay que señalar que no se pararon en ningún caso, pero si sufrieron importantes retrasos.

**En el caso del cribado de cáncer de mama,** la cobertura y la participación se van recuperando en este año 2023, hasta alcanzar el objetivo deseable establecido por las guías europeas de calidad en cribado mamográfico de tasas de participación de más del 70% como aceptable y de más del 75% como deseable.

En cuanto a los esfuerzos por mejorar en el programa y desplegar las campañas teniendo en cuenta nuevas variables como riesgos (familiares y de edad) en base a evidencias, señalar en relación con este programa que en mayo de 2021 se publicó el documento de consenso corporativo "Cribado, Diagnóstico y Seguimiento de la Patología de la mama" ampliamente difundido entre las Unidades de Mama y el personal sanitario en general.

De forma complementaria, el año 2021 se implementó un nuevo folleto informativo que acompaña a la carta-cita, donde respondiendo a las recomendaciones de toma de decisión informada para la participación en el cribado, se informaba explícitamente sobre beneficios (detección temprana para disminución de la mortalidad, mejora de supervivencia y mejora de

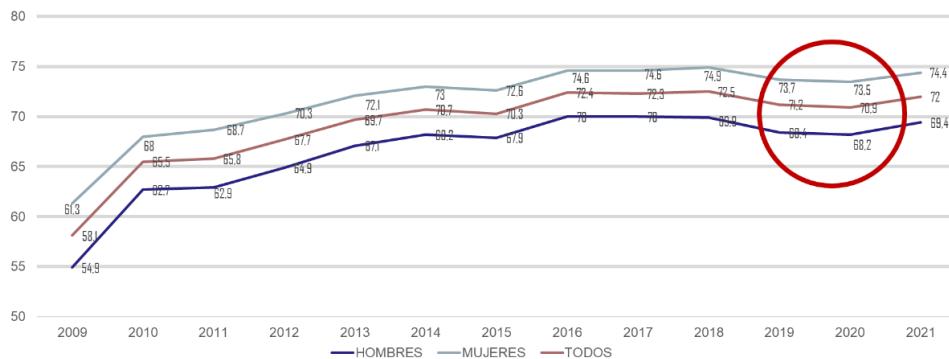
calidad de vida a las afectadas) así como de los riesgos (dosis de radiación mínimas, pruebas complementarias con resultado negativo (falsos positivos), sobrediagnóstico y sobretratamiento).

Durante el año 2022 se ha creado un grupo de trabajo con profesionales de radiología del Programa, para la actualización de la Encuesta Epidemiológica y del Informe de valoración de las mujeres participantes. La actualización de la EE contempla una recogida exhaustiva de la información de la historia familiar que permita a través de un algoritmo, recoger la categorización del nivel de riesgo familiar (Riesgo Poblacional, Moderado, Potencialmente alto y Alto). Esta asignación, junto con la recogida del patrón de densidad mamaria en el informe radiológico además de otras variables, podrían conducir al Programa a futuro a una toma de decisión más ajustada en cuanto al seguimiento requerido en función del riesgo, en caso de abordaje de un cribado personalizado, sin evidencia suficiente aún para recomendación de implementación.

Además de todo lo señalado añadir que se envía una carta de invitación a las mujeres que cumplen 40 años para incorporar al Programa a aquellas que comuniquen reunir el criterio de tener antecedentes familiares de diagnóstico de Cáncer de Mama de 1er grado en su familia. En 2023 se invitará a las mujeres nacidas en 1983 y el proceso para incorporación continúa abierto para las mujeres nacidas en el intervalo 1974-1983.

**OBJETIVO 17.-** Garantizar la invitación bienal al programa de cribado del cáncer colorrectal al conjunto de la población sujeta al programa. Para ello se ajustarán las capacidades de las diferentes organizaciones para el despliegue efectivo del mismo.

**En relación con el cribado de cáncer colorrectal,** señalar que la evolución de la tasa de participación ha seguido una tendencia positiva desde el inicio del programa, aunque significativamente menor en hombres que en mujeres, desde 2011 se observa que en ambos casos es superior a las recomendadas desde las Guías de Práctica Clínica (2010) y de las Estrategias contra el Cáncer 2021 (deseable 65%).



**Figura 3. Evolución de la tasa de participación por hombres y mujeres 2009-2021 en el programa de cribado de cáncer colorrectal**

A partir del 2013, se alcanzó la cobertura del 100% de población TIS (95% de la población diana) y 1% de la no TIS (aseguradoras y personas en prisiones). **En 2023**, con los Fondos Europeos de Recuperación **se alcanzará a invitar al 98% de la población (TIS y no TIS)**.

En relación con las mejoras que se han ido introduciendo en el programa, apuntar que en 2020 se consensuó un "Protocolo de Riesgo Familiar" en la red de Osakidetza que todavía no está disponible en la web de Osakidetza, pero está ya aprobado por Atención Primaria y los Servicios de Digestivo basado en la evidencia científica ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) y AEG (Asociación Española de Gastroenterología). También se ha actualizado el "Protocolo de seguimiento post-polipectomía", basado en la Guía de Práctica Clínica AEG-SEMFyC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)(2018) y Red de Cribado de Cáncer (2021) por Atención primaria y Servicios de Digestivo con el objeto de disminuir en un 22% los seguimientos al año en los adenomas de Alto Riesgo. Así mismo, en 2021 se ha puesto en marcha un sistema de priorización de colonoscopias basado en los criterios clínicos y de adecuación.

Con el objetivo de abordar la menor participación de los hombres en el Programa en 2022 que además presentan un riesgo aumentado de desarrollar lesiones pre-malignas y malignas, se inició con los Fondos Europeos de Recuperación-Fondos Next, la invitación diferenciada por sexo para aumentar la participación en general, pero sobre todo en hombres. Después de un tiempo de implantación de esta práctica llegará el momento de evaluar su eficacia

**Cribado de la Hepatitis C.** En el primer semestre de 2020 se inició el programa de cribado de la Hepatitis C en Euskadi, dentro de las Líneas de actuación para su prevención y control, dirigido a colectivos de riesgo elevado (personas que se inyectan droga (PID) que acuden a tratamiento en centros sanitarios de adicciones; grupos vulnerables, alejados del sistema sanitario; y cribado en instituciones penitenciarias) y cribado oportunista de personas con factores de riesgo en atención primaria.

Esta estrategia podría tener una repercusión a largo/medio plazo en la incidencia del Hepatocarcinoma ya que 70-85% de los casos están relacionados etiológicamente con la infección crónica por el VHB (virus de la hepatitis B) y VHC (virus de la hepatitis C).

**OBJETIVO 18.-** Implantar un programa de cribado de cáncer de cérvix transformando el actual cribado oportunista en programa poblacional. El despliegue de este programa deberá extenderse al conjunto de Euskadi para finales del año 2020. Para ello se definirá el inicio del despliegue para el primer semestre del año 2018, realizándose posteriormente la extensión progresiva del programa a todas las OSIs para el año 2020.

El País Vasco fue la primera Comunidad Autónoma en implementar un programa de cribado organizado en 2015 con prueba de Virus del Papiloma humano (VPH) así también fue el primero en implantar un programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix.

Su implantación se inició en junio de 2018 en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Debabarrena, extendiéndose a toda Gipuzkoa en marzo 2019. A lo largo de ese año también se desplegó en el resto de las organizaciones por este orden: OSIs Bilbao-Basurto, Barrualde-Galdakao, Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y Barakaldo-Sestao.

En el año 2020, debido a la alerta sanitaria por COVID-19, se suspendió la actividad del Programa, en cuanto a invitación y realización de pruebas de cribado, durante más de 5 meses (16/03/2020 al 01/09/2020), dejándose de invitar aproximadamente a 43.000 personas. La reanudación del programa poblacional de cáncer de cérvix el 1 septiembre de 2020 se hizo con un cambio de estrategia: invitación sin cita asignada, para la utilización de citas de manera más eficiente. En noviembre de 2021 se recuperó la cobertura de invitación tras el retraso sufrido con la pandemia.

Con el objetivo de paliar el impacto en la participación y con el fin de facilitar al máximo la citación, se ha habilitado a finales del 2022 la invitación a través de SMS y la posibilidad de adquisición de cita mediante la app cita previa web.

En diciembre de 2019 se finalizó el despliegue finalizado del cribado recomendado: a todas las mujeres de 25 a 34 años en los 3 años siguientes a la fecha de inicio en cada OSi y a las mujeres de 25 a 65 años en los 5 años siguientes a la fecha de inicio en cada OSi.

En noviembre de 2024, se espera cumplir con la expectativa de aproximarnos al 100% en cobertura de invitación (total de la población diana invitada al menos una vez al cribado).

A raíz de las últimas recomendaciones científicas que instaban a transformar el cribado en un cribado con seguimiento basado en riesgos, es decir, un cribado que como resultado de la prueba de cribado proporciona el riesgo individual que tiene cada participante de tener una lesión precancerígena denominada de alto grado (CIN3+), con el fin de evitar un seguimiento más exhaustivo de las personas con riesgo medio, ser más equitativo, más coste-efectivo y disminuir en lo posible el sobrediagnóstico.

**En noviembre de 2022, se implantó el “nuevo programa de cribado” incluyendo en el programa poblacional un seguimiento basado en riesgos.** Para conseguirlo, se ha introducido el estudio del genotipado del VPH-AR en la ecuación de riesgo, además de sus antecedentes y/o estado inmunológico previo entre otros datos de interés. Esto permite clasificar mejor a la población participante en riesgo bajo, medio y alto. Al mismo nivel de riesgo, se le aplicamos la misma conducta clínica, lo que se conoce como “Equal management of equal risk”. Al nivel bajo se insta a la siguiente ronda de cribado (3-5 años), al riesgo alto, se le ofrece el estudio de colposcopia / biopsia / tratamiento si precisa, y al riesgo medio, un seguimiento más cercano (al año) que permita finalmente clasificarle bien de bajo riesgo o bien de alto riesgo.

**OBJETIVO 19.-** Aumentar las actuales tasas de cobertura efectiva de los tres programas de cribado para alcanzar al menos el 90% de la población diana teórica para el año 2020.

Los tres programas de cribado alcanzarán el objetivo fijado en el plan para 2020 con algo de retraso motivado por la pandemia.

- En cribado de cáncer de mama en 2022 la cobertura ha superado el objetivo del 95%
- En cribado de cáncer colorrectal ya en 2013 la cobertura era del 100% en población TIS, el reto ha sido llegar a tasas similares en población no TIS que se espera alcanzar en 2023.
- En cribado de cáncer de cérvix la cobertura al 100% se alcanzará en todas las OSIs en noviembre de 2024, pero hay que tener en cuenta que es un programa iniciado en 2018-2019.

## ¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

### Hábitos de vida saludables

El Plan de Salud 2013-2020 evaluó los resultados de los programas que este POE incluyó en sus objetivos del eje 1, por lo que los resultados de dicha evaluación son los que se van a ver reflejados a continuación.

En relación con el objetivo de **promover la actividad física de la población vasca** (objetivo 3), según los indicadores manejados la valoración es que las medidas adoptadas han obtenido un resultado satisfactorio con una disminución de la prevalencia del sedentarismo, tanto en hombres como en mujeres, que incluso mejora el objetivo marcado, con una disminución de la prevalencia en torno al 20% en hombres y el 25% en mujeres<sup>7</sup>.

La valoración de la eficacia en el objetivo 4 relativo a la implementación de la estrategia de "Iniciativas para una alimentación saludable" teniendo en cuenta las desigualdades sociales y de género en los patrones de consumo, no es tan positiva motivado principalmente porque la estrategia no se desplegó en su totalidad y porque no hay evidencia suficiente como para afirmar que se ha tenido en cuenta las desigualdades sociales, motivadas por aspectos culturales, socioeconómicos. Esto hace que se mantengan o hayan aumentado por el contexto económico estas desigualdades en el acceso a los alimentos saludables y en la concienciación/formación sobre este tema. La vertiente positiva es que a lo largo de su ejecución se ha visto que la mayoría de los agentes han compartido la alta prioridad de la alimentación saludable y su impacto en la salud pública, así como su voluntad para participar. Se ha conseguido una movilización de los agentes relevantes (más de 50 entidades se adhirieron a la estrategia), pero la falta de recursos y los parones en el proyecto dificultaron la posibilidad de mantener el nivel de compromiso previsto,

En los objetivos 5 y 6 relativos a la disminución de los consumos de tabaco y alcohol, la evaluación que se hizo en 2022 en el marco del Plan de salud apuntó a que los resultados han sido heterogéneos, pero positivos en ambos casos. En el caso de la edad de inicio en el consumo de alcohol, aunque se ha reducido respecto de la situación de partida, no responde al objetivo del PS establecido a los 18 años. En sentido positivo, respecto a la prevalencia (%) de población con alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud relacionados con su consumo de alcohol, se ha logrado el objetivo previsto, 16,8 y 11,1, en hombres y mujeres respectivamente. Y la reducción del % de jóvenes, de entre 15 y 34 años, con consumo excesivo de alcohol en fines de semana, 21,9 y 13,0 en hombres y mujeres respectivamente, por debajo del objetivo<sup>8</sup>.

### Riesgos por radiaciones ionizantes

<sup>7</sup> [Evaluación Plan de Salud 2013-2020. Pág 139](#)

<sup>8</sup> [Evaluación Plan de Salud 2013-2020. Pág 141](#)

La Estrategia de Seguridad del paciente es el catalizador de los avances en este objetivo que sigue siendo vigente por la necesidad de continuar la monitorización de los niveles de radiación que los diferentes equipos disponibles emiten e ir ajustando la radiación necesaria., así como de seguir ampliando el acceso a la información relevante de los y las pacientes. La inclusión en la historia clínica de los datos relativos a las mamografías y TAC es avance en el que hay que seguir profundizando.

#### **Riesgos por la exposición solar**

No ha habido una sistemática de medición del impacto que la información disponible en la web corporativa haya podido tener entre la ciudadanía que accede a la información de Osakidetza para concienciarse de los riesgos que supone la exposición solar.

#### **Medio Laboral**

Se ha mejorado el sistema de información sobre el cáncer laboral y sobre los cancerígenos en el entorno laboral, mediante grupos de trabajo, actividades de información y formación al personal. Se precisa, de todos modos, reforzar el procedimiento de sospecha de enfermedad profesional para los casos de cáncer laboral incluidos en el Plan, así como el uso de fuentes alternativas de información si este procedimiento no se muestra suficientemente idóneo para esta finalidad.

No se han llevado a cabo actuaciones específicas relativas a la reducción de la exposición a sílice y al formaldehido en las empresas de fundición metálica.

#### **Programas de Cribado**

Los programas de cribado tal y como se están desplegando son eficaces, se están consiguiendo los objetivos que se van marcando en cada campaña en cuanto al alcance población (ver datos) y en cuanto a los casos que se detectan en estadio temprano que posibilitan mejores pronósticos y niveles de supervivencia.

Podría decirse que estos programas con dianas bien identificadas son los programas más eficientes para hacer frente a esta enfermedad y de ahí la importancia de un análisis riguroso para valorar la extensión a otros tipos de cáncer.

### **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

---

#### **Hábitos de vida saludables**

En relación con los objetivos de promoción de Hábitos de vida saludables, el referente es el Plan de Salud y por tanto la valoración de los logros o resultados obtenidos más importantes, son los que este plan reconoce.

En este sentido, la valoración positiva es que se ha avanzado en la promoción de la salud en los ámbitos en los que incidían los objetivos traídos al POE: actividad física, alimentación saludable, reducción de consumo de alcohol y tabaco, en colaboración con otros agentes sectoriales, orientando actuaciones en materias como alimentación saludable, actividad física, adicciones.

En este contexto se han definido estrategias y programas sectoriales y locales que han apoyado el despliegue de los objetivos tratando de llegar al conjunto de la ciudadanía.

Los indicadores de evaluación recogidos muestran mejoras en casi todos ellos, no en su totalidad, por lo que los objetivos asociados a la promoción de hábitos de vida saludables y la variable de desigualdades sociales asociadas a ellas deberán seguir estando presentes en un nuevo Plan Oncológico.

### **Riesgos por radiaciones ionizantes**

La inclusión de los datos de mamografías y TACs en la historia clínica se valora como un avance importante.

### **Riesgos por la exposición solar**

Este factor de riesgo deberá considerarse cómo incluirlo en un nuevo POE con el fin de poder valorar posteriormente logros de su despliegue, en el actual POE no ha sido posible. El mayor logro en este caso sería la medición del grado de conciencia ciudadana en relación con la importancia que tiene una protección solar adecuada.

### **Medio Laboral**

Los grupos de trabajo que se han formado, tanto dentro de Osalan como con la Dirección de Salud Pública y Adicciones, han permitido tener un mayor conocimiento y ha servido como fuente de información necesaria para conocer el número de casos incidentes de cáncer laboral incluidos en el Plan, y para valorar la suficiencia de las fuentes de información disponibles.

Durante el último periodo del POE, se han logrado avances, y existe una mejor trazabilidad en cuanto al número de personas afectadas. Desde septiembre de 2022, Osalan cuenta con las TIS de esta población usuaria.

Cabe destacar el interés y el camino trabajado por parte de la Dirección Asistencial de Osakidetza con los que se han conseguido avances durante los últimos meses de vigencia del POE, aunque se debe seguir trabajando para que el sistema de información funcione correctamente.

### **Programas de Cribado**

El despliegue de los programas de cribado y el grado de cobertura logrado se consideran un logro. El nivel de seguimiento de la ciudadanía es elevado, lo que apoya la detección precoz de la enfermedad que es el objetivo final de los programas.

Como aspectos positivos y que deberían seguir profundizándose en el nuevo plan, es la participación en las sesiones clínicas de las comisiones de tumores, de momento solo son generalizadas en mama y en algunos tipos del cáncer de colon (en recto)

Los protocolos establecidos son comunes y están bien organizados. Se ha avanzado mucho en medicina personalizada y por tanto en la derivación a los circuitos más convenientes en cada caso.

Al registrarse todos los cánceres que se detectan, cuando éste tiene un componente familiar se activan los protocolos y la reacción es rápida y eficiente para activar los estudios genéticos correspondientes.

## **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

### **Hábitos de vida saludables**

En relación con los hábitos de vida saludable, es preciso señalar que la asunción de estos por parte de las personas tiene que ver con una multitud de factores que no dependen únicamente de la acción del sistema vasco de salud, entre ellos las desigualdades sociales., Está demostrado que a menor nivel socioeconómico mayor riesgo de seguir conductas y hábitos de vida no saludables. A ello hay que añadir que en su promoción intervienen varios departamentos (educación, juventud y deporte, sector primario e industria alimentaria) y niveles institucionales (DDFF y Ayuntamientos), por lo que es necesario para avanzar, y tratar de generar impactos positivos, coordinar políticas, estrategias y acciones públicas y privadas, compartir información, en definitiva que la combinación de elementos que intervienen añaden complejidad a la gestión de estos objetivos ligados a los hábitos de vida saludables.

Son programas que tratan de revertir hábitos poco saludables muy arraigados en nuestra sociedad que cuesta cambiar y que precisan de estructuras y recursos de salud pública potentes. En la evaluación del VI Plan de Adicciones, se concluía que los consumos de alcohol, tabaco o cannabis en Euskadi siguen a la cabeza de Europa, además de constatar una **muy baja percepción del riesgo, sobre todo en el caso del alcohol** y del cannabis.

En la evaluación del anterior Plan de salud ya se evidenciaron estas barreras y por ello el nuevo Plan de Salud 2030 cuenta con un objetivo específico de refuerzo de la propia área de Salud Pública.

### **Radiaciones ionizantes**

Se ha mencionado en la descripción la conexión de este objetivo con la Estrategia de Seguridad del Paciente y por tanto cabría aplicar la valoración que dicha estrategia haga en su momento al finalizar el periodo de vigencia de este. Desde una perspectiva asistencial se apunta hacia la dificultad creciente de contar con profesionales que dispongan de tiempo para gestionar y sacar partido de toda la información que se genera en la actividad, para incidir de una manera sistematizada en los riesgos, para compartir entre centros de servicio valoraciones de equipos similares, en los parámetros de monitorización de nuevos equipos, en definitiva, el valor de un trabajo colaborativo entre los y las profesionales de la radiología.

### **Riesgos por la exposición solar**

Cabría señalar como carencia, que este objetivo no ha estado incluido en algún programa específico como POE, más allá de los consejos que se proporcionan a través de la página web. Aun pudiendo considerarse un factor ligado a los hábitos de vida saludable no es habitual verlo en dichos contextos, por lo que en cierto modo queda en "tierra de nadie".

### Medio Laboral

La falta de sensibilización de los y las profesionales sanitarios por comunicar las sospechas de posible enfermedad profesional es la principal barrera para un correcto seguimiento y para posteriores medidas. En la actualidad (julio de 2023), existe un medio dentro de la aplicación Osabide con la que a los equipos de profesionales de Osakidetza se les despliega una alarma por la que les sea sencilla la comunicación de las posibles sospechas de enfermedad profesional.

Por otro lado, se destaca como aspecto a mejorar, la coordinación y comunicación de información, así como el acceso a datos. La confidencialidad en los datos es una clara barrera por la que hay datos con gran utilidad que se pierden.

### Programas de Cribado

Los equipos y programas de cribados son específicos para cada patología, sin embargo, en el momento de identificar barreras o carencias para su mejor desempeño en el abordaje de una estrategia contra el cáncer, la coincidencia en situar cuáles son, es bastante elevada:

- Hay que continuar en la mejora del alcance poblacional. Hay un parte de la población que puede quedar fuera de los programas, porque acuden a la sanidad privada o porque forman parte de colectivos poblacionales que no tienen TIS.
- Se ha echado en falta un criterio general en relación con la presencia del cribado en el modelo de gobernanza del POE.
- A diferencia de otros sistemas de salud, no se cuenta con paneles poblacionales o equipos de investigación estables en este ámbito.
- El trasvase de información con la sanidad privada es mejorable. El registro de la participación de las personas que optan por el cribado en la sanidad privada depende de que lo comuniquen desde cada organización, se pierde información. No hay una sistemática o protocolo acordado entre la sanidad pública y la privada.

### ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS DE FUTURO?

En cuanto al ámbito de los cribados lo que se ha recogido al respecto es que **aumentar la edad de los cribados, en el caso del mama y crear nuevos programas**. En septiembre de 2022 la Comisión Europea publicó las nuevas recomendaciones de cribado en los que se planteaba la ampliación de la población diana en mama y colon y el estudio de la idoneidad y la viabilidad de los cribados de pulmón, próstata y gástrico.

Actualmente se está participando en proyectos estatales y europeos relativos a estas cuestiones. En concreto en torno al cáncer de pulmón, se está participando en los proyectos Cassandra a nivel del Estado y LUCIA a nivel europeo. En el primero de los casos se pretende aportar evidencia sobre la factibilidad del cribado de cáncer de pulmón, el segundo indagar en los factores de riesgo para promover el diagnóstico temprano del cáncer de pulmón en la población general.

Es importante participar en **hacer estudios rigurosos que midan los impactos a largo plazo, en base a estudios coste-efectividad**, teniendo en cuenta todos los planos, informar a la población. Otro reto es la posibilidad de **aplicar las tecnologías IA para analizar datos que apoyen la toma de decisiones**.

En los próximos años se deberán tomar decisiones en este sentido y sería conveniente disponer de información adecuada. En cáncer de pulmón ya se está participando, como se ha mencionado en distintos proyectos, y el Departamento de Salud, de la mano de Biosistemak forma parte de la Joint Action sobre cribados de cáncer que tratará estos temas.

**Las campañas de información sobre los cribados son importantes.** Hay que tener en cuenta las claves actuales de comunicación, trasladar mensajes claros, con atractivo para tratar de propiciar por todos los medios a nuestro alcance una mayor adhesión y la comunicación es una herramienta clave.

## 2.2.3 EJE II: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### ¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL EJE Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA IMPULSAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN?

El POE pone el foco en los SSII al considerar que la generalización del uso de la historia clínica informatizada y, en el caso de la CAPV, la integración de la información en Osabide Global, por considerar que esto ofrece una excelente oportunidad para la mejora en los sistemas de información sanitaria.

Esta mejora en los sistemas de información se despliega a través de tres Objetivos:

- El **registro de cáncer** y el modelo de gestión necesario para el análisis en tiempo real de la información disponible. Objetivo 20.
- La **integración de la gestión del proceso oncológico** en Osabide. Objetivo 21.
- La implantación de **modelos de evaluación** de resultados en salud y calidad de vida de los y las pacientes. Objetivo 22.

**OBJETIVO 20.-** Definir, desarrollar y desplegar un modelo de gestión del registro de cáncer que permita el análisis en tiempo real de la información disponible.

Dentro del registro epidemiológico del Departamento de Salud, se encuentra el registro del cáncer en Euskadi que recoge y elabora información de todos los nuevos casos de cáncer diagnosticados en la CAE de las personas residentes y no residentes, y los diagnosticados en personas residentes, aunque se diagnostiquen fuera de la CAE<sup>9</sup>. El registro del cáncer es un instrumento muy valioso para la planificación sanitaria ya que permite evaluar y tomar decisiones con datos que las guíen y justifiquen.

La pandemia del COVID19 ha pausado el registro, siendo este uno de los principales motivos por los que no ha sido posible el análisis en tiempo real de la información disponible, incluso ha hecho que esta empeore.

En la actualidad (junio 2023) se está cerrando la incidencia de cáncer del año 2018 cuando el objetivo estaba en tener la incidencia de 2020. En cuanto a la mortalidad por cáncer en la CAE está actualizada hasta el año 2021 y se puede afirmar que ha disminuido en todos los tumores tanto en hombres como en mujeres, destacando el cáncer de colon.

Fruto de la necesidad que hubo durante la pandemia, el personal que trabajaba en el registro y dependía de SP tuvo que paralizar la actividad para dar respuesta a la prioridad de ese momento, situación que no se ha revertido totalmente. Las personas que a nivel de Osakidetza trabajan en la codificación de los casos que alimentan el registro de cáncer hospitalario, y posteriormente el

<sup>9</sup> Registros de cáncer. 2017 [citado el 19 de julio de 2023]; Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/registros-de-cancer/web01-a3regepi/es/>

registro de cáncer poblacional, en general, forman parte del Servicio de Documentación Clínica por lo que la codificación de casos para el registro no es una tarea prioritaria de forma habitual.

Se han realizado varios intentos, promovidos por varias organizaciones de Osakidetza y el Departamento de Salud, para la automatización y simplificación de la recogida de datos. Dada la exhaustividad necesaria para un registro de cáncer de calidad, los avances han permitido mejorar el proceso de identificación de casos, pero no evitan la revisión necesaria de los casos.

A nivel del registro poblacional se está desarrollando una nueva aplicación debido a que informáticamente la actual está empezando a quedar obsoleta, y se ha planteado una nueva, que recoge algunas mejoras como poder introducir nuevas variables, mayor número de tratamientos, marcadores tumorales...

Además del registro de cáncer como tal en las líneas de trabajo relacionadas con los resultados de salud (Minbizi, Voice y Onkobide), se ha priorizado el registro de los datos en la historia clínica electrónica de forma que por una parte se avance en el desarrollo informático necesario y, por otra parte, garantice la extracción y análisis de los datos registrados.

**OBJETIVO 21.-** Definir y desarrollar un aplicativo integrado en la historia clínica electrónica - Osabide - que permita la gestión del proceso oncológico de cada paciente de manera que los diferentes profesionales y los comités de tumores que intervienen en el proceso puedan acceder a la información de todo el proceso asistencial oncológico para optimizar las tomas de decisiones clínicas que afectan a los pacientes.

**OBJETIVO 21.1.-** Implantación y despliegue de ONKOBIDE, un sistema de información para el proceso farmacoterapéutico del paciente oncológico.

**Onkobide** es el primer sistema corporativo para la gestión del proceso farmacoterapéutico que contempla la prescripción, preparación y administración de los tratamientos médicos del cáncer. Está integrado en Osabide Global y es homogéneo para toda la red, con posibilidad de explotación de resultados de vida real. Su despliegue se completó en el año 2019 en toda la red de Osakidetza. Además, a lo largo del 2022 se ha trabajado desde las OSIs Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y Donostialdea en los protocolos para la población pediátrica.

Se ha creado una **Subcomisión de Oncología**, dependiente de la Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza y liderada desde la Coordinación del Programa Corporativo de Farmacia, en la que participa personal experto en las especialidades de oncología, hematología oncológica, farmacia y pediatría, que se ha encargado de la elaboración de los protocolos corporativos que finalmente se han implementado en Onkobide.

Además, Onkobide incluye todos los **ensayos clínicos (EECC)** disponibles a nivel de la red de Osakidetza para facilitar la derivación de pacientes entre los centros. Todos los y las profesionales implicados pueden consultar en esta herramienta los protocolos de investigación clínica abiertos para reclutamiento en cada uno de los hospitales.

A fecha 5 de junio de 2023 se habían incluido un total de 23.764 pacientes y se habían incorporado un total de 120 ensayos clínicos. A continuación, se muestra el registro de pacientes por OSI y servicio clínico.

**Tabla 4. Número de pacientes incorporados en Onkobide, por OSI y Servicio Clínico\*.**

OSI	HEMATOLOGÍA	ONCOLOGÍA MEDICA	PEDIATRÍA	TOTAL
<b>Araba</b>	809	3.049	NA	3.845
<b>Donostialdea/Onkologikoa</b>	1.400	5.354+ 1.576	En despliegue	8.339.
<b>Bilbao-Basurto</b>	901	3.146	NA	4.032
<b>Galdakao</b>	712	2.707	NA	3.410
<b>Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces</b>	1037	3.477	56	4.554

\* Una misma persona puede haber sido atendida en varios hospitales, luego el sumatorio de las OSIs es superior al total indicado anteriormente.

**OBJETIVO 22.-** Avanzar en el conocimiento del proceso oncológico para definir modelos de evaluación de resultados en base a variables de resultados intermedios y finales que hagan posible:

**OBJETIVO 22.1.-** Incorporar en el modelo de seguimiento y evaluación de los resultados de la atención oncológica los resultados en salud y calidad de vida que afectan a los pacientes.

Osakidetza ha desarrollado varias líneas de trabajo vinculadas con los resultados en salud y que sientan las bases para abordar de manera global el **proceso de las personas afectadas con cáncer**. Se trata de las iniciativas Minbizi, Voice y Onkobide, en las que se ha priorizado el registro de los datos en la historia clínica electrónica de forma que por una parte se avance en el desarrollo informático necesario y, por otra parte, se garantice la extracción y análisis de los datos registrados.

#### Proyecto VOICE

En el período 2018 a 2023 se ha llevado a cabo el proyecto sobre atención sanitaria basada en el valor en cáncer de mama y cáncer de pulmón a través de la Comunidad europea VOICE, con la participación de la OSI Ezkerraldea Enkarterri-Cruces (en adelante OSI ECC), la OSI Donostialdea, y el Instituto Biosistemak (antes Kronikgune), que ha ejercido la labor de coordinación y abordaje metodológico. Los objetivos del proyecto han sido comparar los resultados en salud para mejorar la prestación de la atención; medir los resultados de salud reportados por los y las pacientes en la práctica clínica rutinaria de manera sistemática y a largo plazo; incluir la perspectiva de la población afectada s en la toma de decisiones clínicas; compartir las mejores prácticas entre las organizaciones; impulsar la generación de conocimiento y el intercambio de mejores prácticas.

Durante estos años las actividades principales que se han realizado en las organizaciones sanitarias mencionadas son: creación de un equipo de trabajo multidisciplinar local de acuerdo a las patologías abordadas; mapeo de los procesos asistenciales para identificar áreas de mejora; exploración de la experiencia del paciente a través de dinámicas colaborativas; recogida de información según las directrices de las baterías estándar de International Consortium for Health Outcome Measurements (ICHOM) que incluyen resultados reportados por los y las pacientes

(Patient Reported Outcomes Measurement– PROM) y variables clínicas, y también costes a nivel de paciente; y análisis comparativo de resultados entre organizaciones (benchmarking) de acuerdo a los indicadores diseñados. Concretamente, el número de población afectada cuya información se ha recogido y finalmente analizado ha sido de 273 personas y 58 personas en cáncer de mama en OSI EEC y OSI Donostialdea respectivamente, y 47 personas en cáncer de pulmón en OSI Donostialdea. En todos los casos, las herramientas utilizadas para la recogida de datos han sido corporativas, algunas ya existentes (como son los formularios para profesionales y encuestas para pacientes a través de Carpeta de Salud), como una aplicación desarrollada de novo (embebida en tabletas para que los y las pacientes puedan completar la encuesta mientras están en las salas de espera). Además, el Gestor Integral de Programas (GIP) de la historia clínica de Osakidetza ha permitido la planificación de tareas para poder coordinar su ejecución por distintos profesionales.

Los análisis de la información recolectada han mostrado diferencias significativas en distintas dimensiones estudiadas, tanto en resultados en salud como en costes (uso de recursos). Las distintas organizaciones participantes han podido visualizar las comparaciones a través de una plataforma digital configurada específicamente para la Comunidad VOICE. A día de hoy, se está diseñando una metodología concreta para poder identificar buenas prácticas atribuibles a mejores resultados, para que éstas puedan ser transferidas de una organización a otra.

### Onkobide

Los sistemas clínicos centralizados y el modelo de gestión corporativo de los medicamentos de Osakidetza permiten disponer de registros estandarizados, íntegros y actualizados de información clínica y farmacoterapéutica por paciente. Con este ecosistema, toda la información entorno a la población con cáncer permite configurar un Registro de datos de oncología de Euskadi (actualmente casi 25.000 pacientes) de gran utilidad para determinar la efectividad de los tratamientos.

Partiendo de este registro oncológico, y con metodología de ciencia de datos, en 2022 se abordó un caso de uso de determinación de supervivencia global en población paciente tratada con inmunoterapia en cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) de las 5 OSIs con Servicio de Oncología médica, Oncología Radioterápica, Hematología oncológica o Pediatría oncológica. Se estimó la función de supervivencia de Kaplan Meier, al igual que los EECC de estos medicamentos. Se calcularon las supervivencias y las tablas de riesgo por protocolo oncológico en primera y segunda línea de CPNMm, por sexo y línea de tratamiento, y por hospital. Estos resultados se compartieron con todo el personal clínico, médico y farmacéutico, que atiende a esta población y se difundieron mediante el boletín “TRATAMENDUEN EMAITZAK: supervivencia global de pacientes en tratamiento con inmunoterapia en CPNMm”.

Con este **caso de uso de éxito** se ha validado el procedimiento de análisis de datos para el cálculo de supervivencia de los tratamientos oncológicos a partir del Registro de Datos de Oncología de Euskadi y la plataforma corporativa OAS y se ha llegado a las siguientes conclusiones:

*El registro sistematizado y estandarizado de los datos clínicos y terapéuticos durante la práctica asistencial ha proporcionado la información para realizar este tipo de análisis. Tras la aplicación de metodología de la ciencia del dato con métodos estadísticos avanzados a los datos obtenidos se han podido calcular estos resultados de supervivencia de los y las pacientes en tratamiento oncológico en vida real.*

*Esta metodología puede aportar información en tiempo real para la ayuda a la toma de decisión clínica y de gestión, ya que proporciona datos complementarios a los derivados de los ensayos clínicos de los medicamentos objeto de análisis. Además, el registro sistemático de otras variables clínicas relevantes en las aplicaciones corporativas permitirá avanzar en estudios más detallados de resultados en vida real.*

*Por otro lado, la evaluación y análisis de estos resultados por parte de los clínicos implicados pueden ayudar a identificar los factores que influyen en los resultados clínicos.<sup>10</sup>*

Este proyecto de "Análisis de datos de vida real para evaluar tratamientos oncológicos", de la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Vasco de Salud- Osakidetza ha recibido el premio E-nnova Health 2021 del Diario Médico y Correo Farmacéutico.

#### **Círculo de diagnóstico rápido Minbizi**

A través de Osabide global se han creado formularios para el registro de los circuitos de diagnóstico rápido Minbizi en diferentes tipos de cáncer. Este sistema de recogida de datos permite conocer el número de personas en esta fase del proceso, así como el hallazgo final de cada caso y tiene como principal objetivo el cumplimiento de los tiempos máximos establecidos para la realización de las pruebas diagnósticas, así como para el inicio del primer tratamiento indicado. Cada uno de estos programas incluye en su población diana a todas las personas con sospecha de cáncer. Tras la incorporación de un paciente al circuito se cumplimenta un formulario con los datos relacionados con esta fase de diagnóstico. (ver objetivo 24).

Adicionalmente, utilizando el **Gestor de Programas Individualizados (GIP)** de Osakidetza se han desarrollado programas específicos de diagnóstico rápido para el cáncer de mama, colorrectal y pulmón, lo que ha permitido disponer de una herramienta más avanzada, que más allá de ser un formulario, facilita la gestión del proceso, con la incorporación de alarmas y ayudas, entre otros aspectos.

El uso de los circuitos Minbizi de pulmón, colon y mama mediante los formularios, ha sido objeto de evaluación en diferentes ocasiones. La última evaluación es del 5 de enero de 2023 en relación con las solicitudes del 2022. (Ver objetivo 24)

<sup>10</sup> Supervivencia global de pacientes en tratamiento con inmunoterapia en cáncer de pulmón no microcítico metastásico – Servicio Corporativo de Farmacia – Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Resultados en Salud de los Tratamientos.

## OBJETIVO 22.2.- Definir un marco de diálogo con la industria farmacéutica dirigido al pago en función de los resultados obtenidos en el paciente.

La Dirección General de Osakidetza dispone de contratos centralizados de suministro de medicamentos indicados para el tratamiento del cáncer. En estos contratos, el precio se establece por envase y el pago está asociado al número de envases suministrados. En algunas ocasiones el Ministerio de Sanidad fija condiciones de pago por resultado. La oportunidad de disponer de los resultados en salud para cada tratamiento oncológico permitirá que Euskadi pueda adoptar con los laboratorios nuevos acuerdos de pago asociados a determinados resultados en la población diana, y avanzar hacia un sistema de salud más sostenible, basado en el valor real de los medicamentos y acorde con la rendición de cuentas, que implica el deber del servicio público de informar, justificar, responsabilizarse pública y periódicamente sobre el uso dado a los fondos asignados y los resultados obtenidos siguiendo los criterios de eficiencia, eficacia, transparencia y legalidad.

### ¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

La eficacia de las medidas adoptadas varía sustancialmente en función del objetivo en cuestión.

La información del registro de cáncer (objetivo 20) que está registrándose en la actualidad corresponde a los datos de la incidencia de cáncer del año 2018 cuando el objetivo estaba en tener la incidencia de 2020. Desde un punto de vista más operativo, este registro se nutre en un porcentaje importante (aprox. 70%) de los datos generados en el ámbito hospitalario, a través de un registro específico creado en 2004, separado de Osabide, que obliga a rastrear la H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> para extraer la información a posteriori, lo que dificulta y ralentiza el proceso. En opinión de algunas de las personas entrevistadas falta precisamente el modelo de gestión del registro de cáncer orientado al análisis en tiempo real.

En relación con el segundo objetivo, definir y desarrollar un aplicativo integrado en la historia clínica electrónica - Osabide - que permita la gestión del proceso oncológico (objetivo 21), el POE lo circunscribe a un único subobjetivo, que persigue la implantación y despliegue de Onkobide, actuación completada en el año 2019 en toda la red de Osakidetza. Por lo que las medidas adoptadas pueden considerarse eficaces. Adicionalmente, a lo largo de 2022, se ha trabajado desde las OSIs Eskerraldea-Enkarterri-Cruces y Donostialdea en los protocolos para la población pediátrica.

Además, cabe destacar que Osabide también ha evolucionado con la implementación de formularios para la gestión de los circuitos de diagnóstico rápido, otra fase del proceso oncológico clave para homogeneizar el funcionamiento, así como mejorar los tiempos de respuesta.

El tercer objetivo está más enfocado a la evaluación de resultados (objetivo 22), tanto resultados en salud y de calidad de vida de los y las pacientes, como a su utilización en el pago en función de los resultados obtenidos en paciente:

- En lo que respecta a evaluar los resultados en salud y de calidad de vida de la población paciente (subobjetivo 22.1), Osakidetza ha desarrollado varias líneas de trabajo

vinculadas con los resultados en salud y que sientan las bases para abordar de manera global el **proceso del paciente con cáncer**, iniciativas Minbizi, Voice y Onkobide. Se trata de tres iniciativas que han tenido un desarrollo importante durante la vigencia del POE, que han sentado las bases para avanzar en medir resultados en salud y la atención basada en valor, pero que todavía tienen una implantación desigual entre las diferentes OSIs y tipos de tumores.

- En lo que afecta al subobjetivo 22.2 aunque ha podido haber experiencias puntuales, no hay definido un marco de diálogo con la industria farmacéutica orientado a implantar un nuevo modelo de financiación de la atención oncológica que incorpore el concepto de resultados en los y las pacientes. Se está trabajando en las herramientas que puedan permitir la definición de este marco, contando para ello con datos fiables y adecuados.

#### **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

La operativa creada en torno a Onkobide, y los resultados obtenidos hasta la fecha, pueden considerarse un logro: la creación de la Subcomisión específica para paciente oncológico en el contexto del modelo centralizado de la Farmacia en Osakidetza; su "dimensión", ya que se ha llevado a cabo de forma integral y colectiva con todos los y las pacientes del sistema sanitario público de Euskadi; la experiencia en la evaluación de resultados, la creación de metodología y la generación de un conocimiento sobre el grado de efectividad real de los tratamientos en cada persona que sienta las bases para futuros desarrollos.

El trabajo "Análisis de datos de vida real para evaluar tratamientos oncológicos", de la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Vasco de Salud- Osakidetza ha recibido el premio E-nnova Health 2021 del Diario Médico y Correo Farmacéutico.

En lo que respecta a la medicina basada en valor, Osakidetza, y más concretamente la OSI EEC y OSI Donostialdea, han logrado ser un referente a nivel estatal y europeo, convirtiendo su experiencia en un caso de éxito que ha aportado muestra y metodología. Algunos aspectos a destacar: revisión de la indicación, los tratamientos clínicos y de pacientes en el cáncer de próstata; trabajo con enfoque multidisciplinar; mejora de los procesos con la incorporación de herramientas que tienen en cuenta la experiencia del paciente (mapa de empatía, mirada del paciente...); generación de contenido vinculado con la enfermedad: cáncer de próstata y mama; en cáncer infantil... Actualmente la OSI EEC trabaja en el 100% de los cánceres de mama con formularios incorporados en Osabide, incluyendo los metastásicos.

Para finalizar este punto, cabe destacar que Osakidetza está en una posición favorable a nivel de los Sistemas de Información Corporativos que dispone para poder dar respuesta a los futuros retos a los que el próximo POE se va a tener que enfrentar.

#### **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

Para lograr la definición, desarrollo y despliegue de un modelo de gestión del registro de cáncer, es importante garantizar que existan equipos responsables con suficientes medios para analizar en tiempo real la información disponible.

Otra de las dificultades percibidas está relacionada con los aspectos informáticos. Los programas utilizados para el registro aun siendo correctos, no son todo lo ágiles que debieran ser y en algunos casos falta la integración con otros sistemas, lo que dificulta la extracción de datos y cierto riesgo para asegurar la calidad del dato.

En cuanto a limitaciones, las múltiples fuentes por las que se nutre el registro de cáncer como son el registro hospitalario, las instituciones privadas, el padrón, la tarjeta sanitaria... hace que el proceso sea complejo y actualizarlo lleve consigo un proceso arduo.

Las personas entrevistadas trasladan la importancia de alinear las diferentes estrategias que se ponen en marcha, algunas desde el Departamento de Salud y otras en Osakidetza. Cuando eso no ocurre surgen dificultades para avanzar, duplicidad de esfuerzos e incluso intereses contrapuestos.

Una característica de los SSII y sus desarrollos en Osakidetza es el enfoque corporativo por el que apuesta. Esto lleva en muchas ocasiones a desarrollos multiorganización, multicentro, multinivel... con un nivel de complejidad importante, aunque a la larga se convierta en una fortaleza para el Sistema.

Otra barrera que también algunas personas identifican tiene que ver tanto con el nivel de conocimiento de las nuevas herramientas por los y las profesionales, así como por el necesario cambio cultural para trabajar de otra manera y la necesaria adherencia a los nuevos programas.

### **¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS DE FUTURO?**

---

Contar con un Modelo de Gestión de cáncer en tiempo real mediante un sistema conectado con las diferentes fuentes de las que se nutre, de manera que se unifique la información y se consiga una mayor eficiencia.

Poner en valor la importancia de contar con un registro poblacional de Cáncer, siendo el único instrumento para poder aportar datos reales de incidencia de cáncer en la CAE, con todo lo que ello aporta para ver la evolución de la incidencia, la supervivencia y planificar la atención sanitaria adecuada a ello.

Mantener la relación actual con el resto de las CCAA que tienen instaurado el registro poblacional del cáncer con actividades tales como tener una base de datos conjunta, realizar estudios de incidencia, supervivencia y proyección conjuntamente, participar en cursos de formación y otros talleres, publicar conjuntamente artículos y comunicaciones a congresos, entre otras.

Sobre la base de lo ya trabajado a través de las diferentes iniciativas, el reto va a estar en el abordaje con enfoque global del proceso de la población afectada con cáncer; que contemple todas las fases del proceso, diagnóstico, tratamiento, seguimiento; que se midan los resultados en salud, incluyendo la experiencia de los y las pacientes; y que se extienda su implantación a todas las OSIs.

En esta línea está previsto abordar el proyecto de "Definición e implantación de un modelo para evaluar los resultados en salud en procesos de alto coste farmacológico con tecnología Big Data" que va a permitir a Euskadi disponer de los resultados en salud y calidad de vida en los y las pacientes con cáncer. Con esta evidencia de los tratamientos en vida real se mejorará y ajustará de manera más individualizada la atención a esta población.

## 2.2.4 EJE III: MODELO ASISTENCIAL

### **¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL EJE Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA IMPULSAR EL MODELO ASISTENCIAL?**

El POE propone un Modelo Asistencial orientado a lograr un enfoque multidisciplinar en la atención oncológica, de manera que se tomen las mejores decisiones sobre el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y el apoyo a cada paciente, poniendo foco en situaciones diferenciadas para colectivos poblacionales más frágiles: infancia, adolescencia, personas mayores con necesidad de cuidados paliativos, así como para las personas supervivientes.

Desde ese mismo enfoque el POE propone revisar y/o establecer circuitos prioritarios y sistemáticos de acceso al diagnóstico y tratamiento, con especial atención a aquellos tumores en los que puede obtenerse un beneficio adicional en el pronóstico del paciente.

Además, plantea la necesidad de reordenar y concentrar procesos/intervenciones de alta complejidad y baja prevalencia, al objeto de reunir toda la experiencia necesaria de forma coste-efectiva y que se puedan evaluar los resultados obtenidos.

Este Eje se estructura en tres bloques:

- III. 1 - ASPECTOS GENERALES, con 3 Objetivos: 23, 24 y 25.
- III.2 - SITUACIONES DIFERENCIADAS:
  - Infancia y adolescencia . Objetivos 26 y 27.
  - Personas supervivientes a un cáncer (largos supervivientes). Objetivo 28.
  - Personas mayores. Objetivo 29.
  - Personas con necesidades de Cuidados Paliativos. Objetivo 30.
- III.3 – ONKOLOGIKOA. Objetivo 31.

### **III. 1 - ASPECTOS GENERALES**

**OBJETIVO 23.-** Introducir mejoras en la organización y gestión del proceso oncológico para garantizar un enfoque multidisciplinar en la atención de pacientes con cáncer facilitando las tomas de decisiones en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cada paciente.

Se trata de un objetivo que se despliega a través de 5 subobjetivos que plantean foros y/o roles orientados a implantar el enfoque multidisciplinar y colaborativa en la atención a pacientes con cáncer:

- Comisiones de Tumores.
- Comité de tumores.
- Médico/a referente.
- Roles específicos de enfermería para el cuidado y continuidad asistencial en los procesos diagnósticos y terapéuticos (Enfermeros/as de enlace).
- Oncólogo/a de enlace.

En cada subobjetivo se describe cómo el sistema ha dado respuesta.

**OBJETIVO 23.1.-** Todas las OSIs con servicio de oncología deberán desplegar una Comisión de Tumores constituida por representantes de todos los servicios que tienen relación con el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer y representantes de la Dirección de la OSI.

Las cinco OSIs con Servicio de Oncología médica, Oncología Radioterápica, Hematología oncológica o Pediatría oncológica, cuentan con una **Comisión de Tumores CoT** desde finales de 2018. En el caso de las OSIs Bilbao-Basurto y Donostialdea ya estaban funcionando antes de POE, en la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces estaba constituida pero no comenzó a estar operativa hasta 2018, y en la OSI Araba, la última en constituirse, su primera reunión tuvo lugar el 20 de diciembre de 2018.

La función principal de las CoT es desplegar el POE en sus OSIs, apoyar a la Dirección en la materia, decidir la creación de los Comités de tumores (CT), y hacer seguimiento. Cuentan con una Presidencia y una Secretaría, y en todos ellos participa el/la Enfermero/a Coordinador/a del POE de la OSI.

En algunos casos la dinámica de la CoT es más informativa, más como correa de transmisión desde la dirección hacia los referentes de los CT.

Actualmente, no hay una frecuencia establecida, cada CoT se reúne en función de sus necesidades, los requerimientos del propio hospital y/o de Osakidetza. Todas las CoT mantienen reuniones periódicas que no se han interrumpido en pandemia (pasando en algunas OSIs a formato virtual), aunque si ha bajado la frecuencia de las mismas, tal y como se observa en la tabla 5.

**Tabla 5- Número de sesiones de las CoT en el año**

OSI	2019	2020	2021	2022
<b>ARABA</b>	5	3	3	3
<b>BARRUALDE GALDAKAO</b>	4	3	2	0
<b>BILBAO BASURTO</b>	2	1	2	1
<b>DONOSTIALDEA</b>	9	1	¿?	2
<b>ESKERRALDEA-ENKARTERRI CRUCES</b>	5	3	2	2

**OBJETIVO 23.2.-** Avanzar en la implantación de los comités de tumores en las OSIs con servicio de oncología como equipos multidisciplinares que gestionan los procesos oncológicos, diseñando los circuitos, especificando los tratamientos y seguimientos óptimos, así como la evaluación de los resultados para la mejora de dichos procesos.

Las cinco OSIs con Servicio de Oncología médica, Oncología Radioterápica, Hematología oncológica o Pediatría oncológica, cuentan con varios **Comités de Tumores CT**. Su función principal está orientada a la valoración de los y las pacientes de manera multidisciplinar y la elaboración del plan diagnóstico y terapéutico, con la participación de personal las profesionales

que tienen conocimiento y pueden aportar criterio en el abordaje del caso concreto. Representan el eje central de la atención coordinada entre los distintos profesionales y niveles y son una herramienta de trabajo fundamental para llevar a cabo la mejor atención al paciente con cáncer.

Aunque muchos CT ya existían antes, el POE ha servido para impulsarlos, darles un sentido en el contexto de un modelo asistencial amplio, favoreciendo la creación de nuevos CT y sistematizando su labor asistencial en función de las necesidades.

Todos los CT constituidos cuentan con una presidencia y/o responsable y Secretario/a, y algún/a enfermero/a de la red de enfermeros/as del POE (ver subobjetivo 23.4).

La participación del personal de enfermería en los CT, es un aspecto que se ha impulsado con la implantación del POE y hay que continuar desarrollando, porque fruto de la valoración que este colectivo de profesionales llevan a cabo, aportan a los CT información individualizada sobre la situación global de salud y social del personal paciente, capacidad de autocuidado, afrontamiento y sus preferencias o expectativas. Su participación varía entre OSIs. En la tabla 6 se recoge el número de CT que tiene en marcha cada OSI y si participa o no la enfermería:

**Tabla 6 – Comité de Tumores y participación de la figura de enfermero/a referente**

	OSI ARABA	OSI BARRUALDE-GALDAKAO	OSI BILBAO BASURTO	OSI DONOSTIALDEA	OSI EEC
Número de CT	10	10	16	19	20
Número de CT con enfermero/a referente incorporado/a.	3	8	4	14	3

Los CT, en general han seguido activos durante la pandemia.

**OBJETIVO 23.3.-** Cada paciente oncológico dispondrá de un/una médico/a responsable en cada servicio por el que transite su proceso que le informará de las decisiones del comité y con el que abordará las distintas opciones de tratamiento.

El POE entiende por médico/a referente de cada servicio por el que pasa el o la paciente: Quien se hace cargo del paciente en ese servicio durante todo el proceso y a quien se le adjudica la apertura del episodio en el servicio. Y establece que cada servicio debería tener referentes de conocimiento para cada proceso.

Para responder al objetivo cada OSI y cada CT ha establecido el sistema más apropiado para que la población paciente oncológica conozca las decisiones del CT, su plan terapéutico, y todas las decisiones que se van tomando durante el proceso. En unos casos ha sido a través de la figura del/la médico/a responsable, en otras se ha apostado por que sea un equipo el que asuma esa función. Ambos enfoques tienen ventajas e inconvenientes, que sería interesante analizar y valorar.

**OBJETIVO 23.4.-** Las OSIs con servicio de oncología dispondrán de una red de enfermeros/as de enlace integradas en los respectivos Comités de Tumores responsables de la “navegación” del paciente durante el proceso asistencial con el objetivo de asegurar la continuidad de cuidados y ser referentes para cada servicio para el paciente en las contingencias que pudieran surgir.

Para responder al objetivo, y en el contexto de despliegue del POE, en el año 2018 se crearon tres roles de enfermería, que entre otras funciones asumieron las funciones de enlace:

- **Enfermero/a Coordinador/a de la Red de Enfermeros/as del POE.** En diciembre de 2018 se designaron cinco enfermeros/as coordinadores/as. Se encargan de la gestión de la red de Enfermeros/as del POE, participan en la CoT, y se encargan de la coordinación de todas las actuaciones derivadas del POE, además de la coordinación de los casos en los que es necesaria la colaboración entre OSI, bien por concentración de procesos complejos, o con las OSIs con hospitales comarcales, que no cuentan con Servicio de Oncología, pero que tienen población afectada que es diagnosticada o tratada en sus OSIs.
- **Enfermero/a Minbizi Referente Fase Diagnóstico.** Es la persona referente para la población paciente y para el equipo de Atención Primaria en la fase diagnóstica. Se encarga de la coordinación del circuito diagnóstico protocolizado (citación, pruebas, resultado), al objeto de agilizar las pruebas, velar por los tiempos óptimos hasta el diagnóstico. Esta figura aporta expertía en el proceso diagnóstico de ese tipo de tumor, accesibilidad al paciente y su entorno, relaciones de colaboración con equipo consultor y de diagnóstico, y valoración situación funcional, de salud global y contexto sociofamiliar de la persona; Inicia la planificación del plan de cuidados; y hace seguimiento y evolución en historia clínica desde la sospecha hasta inicio del plan terapéutico. Participa en algunos CT aportando dicha información para la toma de decisiones multidisciplinar.

En el año 2019, mediante una dinámica participativa, se evolucionó el modelo de atención de enfermería en el proceso diagnóstico oncológico, basándolo en tres pilares: acompañar, valorar y generar espacio accesible para la escucha, y vinculado con lograr un diagnóstico lo más precoz posible, poniendo especial atención en las transiciones asistenciales entre niveles, entre servicios y entre profesionales. Este modelo está desplegándose.

- **Enfermero/a Gestor/a de Caso Plan Terapéutico Oncológico.** Es el perfil profesional referente del paciente en todo el proceso asistencial terapéutico, desde que el CT establece el Plan terapéutico hasta el alta en el proceso oncológico, cuidados paliativos o final de vida. Esta figura o perfil proporciona accesibilidad para la consulta, control y seguimiento de los efectos adversos de los tratamientos, y mejorar el cuidado durante la fase terapéutica. También apoyan la coordinación de las diferentes fases del proceso; garantiza la continuidad de cuidados; y ejerce como referente de la población paciente durante la consecución de tratamientos de su enfermedad y como referente de caso para otros perfiles profesionales (Hdía, RTP, Cirugía...).

La creación de estas figuras ha servido para potenciar la continuidad y accesibilidad de la población objeto a los equipos referentes según su necesidad y a lo largo del proceso asistencial, asegurar la presencia de la enfermería en todo el proceso, desde el diagnóstico, al posterior tratamiento, asumiendo labores de coordinación, educación y aporte de información, acompañamiento a los y las pacientes... Además, ha permitido ordenar algunos circuitos existentes, crear nuevos circuitos y establecer la trazabilidad.

La situación de despliegue de estos roles en 2023 es la siguiente (tabla 7):

**Tabla 7 – Situación del/la Enfermero/a Minbizi Referente Fase Diagnóstico**

FASE DIAGNÓSTICO					
	OSI ARABA	OSI BARRUALDE-GALDAKAO	OSI BILBAO BASURTO	OSI DONOSTIALDEA	OSI EEC
<b>Número de enfermeros/as</b>	3	6	4	10	3
<b>% Tiempo de dedicación</b>	15-50%	15-25%	40-100%	80% -100%	15-50%
Tumores cabeza y cuello (ORL)		E**		E	
Tumores colo-rectal	EC*	E*	EC	E	E
Tumores endocrinos					
Tumores esófago-gástricos				E	
Tumores ginecológicos		E**		E	
Tumores pancreato-biliares				E	
Tumores hepáticos				E	
Tumores mama	E**	E**	E**	E	E
Tumores cerebrales					
Tumores pediátricos					
Tumores torácicos (pulmón)	E*	E**	E	E	E
Melanoma					
Tumores óseos y partes blandas				E	
Tumores genitourinarios		E**	E*	E	
Tumores hematológicos					

\* Estos enfermeros/as realizan el rol minbizi al completo los días que hay consulta de cáncer, el resto de los días realizan el rol compartido con otras funciones (apoyo a otras consultas médicas o realización de procedimientos de otras consultas), o realizan el rol minbizi a diario compartido con otros roles/funciones, por tanto, el % de dedicación no es al 100%.

\*\* Se trata de un/una enfermero/a gestor/a de casos, incluida en el CT, o puede ser un/una enfermero/a minbizi pero que no ha desarrollado todo el rol quedando una parte del rol minbizi sin cubrir (no captación a través de las interconsultas no presenciales o no realización de consulta presencial o no realización de GIP), por tanto, el % de dedicación no es al 100%.

**Tiempo de dedicación-** se describe el tiempo de dedicación mediante intervalos ya que, en cada OSI, dependiendo del circuito la enfermera minbizi, tiene mayor o menor porcentaje de dedicación al rol o actividades relacionadas con el rol minbizi.

**EC** - Asumido por el/la Enfermero/a Coordinador/a del POE.

**E** - enfermera minbizi: es aquella que cumple los siguientes criterios:

1. Están en la consulta de la patología correspondiente.
2. No comparten funciones con otras consultas de otras patologías.

3. Cumplimentan herramienta Gestor de Programa Individualizados GIP (En OSI Donostialdea GIP o Excel).
4. Tienen un circuito rápido.
5. Participación en el CT correspondiente.
6. Llevan a cabo consultas de enfermería al paciente durante el proceso.

En referencia al porcentaje de tiempo empleado en rol minbizi, es orientativo, no se ha podido determinar de modo objetivo porque los/las enfermeros/as combinan consultas de cáncer con otras en las que se incluyen patologías de la misma especialidad que no son cáncer o los/las enfermeros/as deben simultanejar el rol minbizi con otras actividades, funciones, o pruebas diagnósticas o terapéuticas.

**Tabla 8 – Situación del/la Enfermero/a Gestor/a de Caso Plan Terapéutico Oncológico**

FASE TERAPEUTICA					
	OSI ARABA	OSI BARRUALDE-GALDAKAO	OSI BILBAO BASURTO	OSI DONOSTIALDEA	OSI EEC
<b>Número de enfermeras/os</b>	4	3	3	15	2
<b>% Tiempo dedicación</b>	100%	20-100%	100%	100%	50%
<b>Tipo de procesos atendidos</b>	Todos los procesos oncológicos médicos en tratamiento con quimioterapia intravenoso	1 Procesos oncológicos con tratamiento quimioterapia 1 Procesos oncológicos con tratamiento quimioterapia oral ** 1 Genitourinario (es el/la mismo/a enfermero/a del proceso diagnóstico)  **	Todas las patologías (2 oncología médica y 1 oncología radioterapia)	Cada proceso Oncología médica, oncología radioterápica	1 Mama 1 Pulmón + Hematología

\*\* Se trata de un/una enfermero/a gestor/a de casos, incluida en el CT, o puede ser un/una enfermero/a minbizi pero que no ha desarrollado todo el rol quedando una parte del rol minbizi sin cubrir (no captación a través de las interconsultas no presenciales o no realización de consulta presencial o no realización de GIP), por tanto, el % de dedicación no es al 100%.

**Tiempo de dedicación-** se describe el tiempo de dedicación mediante intervalos ya que, en cada OSI, dependiendo del circuito la enfermera minbizi, tiene mayor o menor porcentaje de dedicación al rol o actividades relacionadas con el rol minbizi.

La enfermera minbizi, en la fase terapéutica cumple los siguientes criterios:

1. Están en la consulta de la patología correspondiente.
2. No comparten funciones con otras consultas de otras patologías.
3. Ofrecen consultas de enfermería de seguimiento al paciente en el proceso terapéutico.

En la OSI Donostialdea además los y las enfermeros/as de la fase terapéutica están también incluidas en el CT y están agrupadas por proceso.

**OBJETIVO 23.5.-** Desplegar un/una oncólogo/a de enlace por parte de las OSIs con servicio de oncología (hospitales terciarios) para aquellas otras organizaciones de las que son referentes y que no disponen de servicio de oncología.

En julio de 2019 se establece y difunde la normativa para la implementación de la figura del/*la oncólogo/a de enlace* en los tres territorios para dar respuesta por parte de los centros referentes para patología oncológica a las necesidades de los hospitales del área que no disponen de Servicio de Oncología médica, Oncología Radioterápica, Hematología oncológica o Pediatría oncológica.

La **unidad asistencial integrada por el/la oncólogo/a de enlace y el/la enfermero/a coordinador/a del POE** tiene como objeto resolver cuestiones referentes al diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de los pacientes con cáncer y establecer circuitos de coordinación para una resolución eficiente de los casos mediante un trabajo interdisciplinar y entre diferentes centros asistenciales. Para ello se plantean diferentes opciones: presentación del caso en el CT, gestión de citas o pruebas diagnósticas o terapéuticas, gestionar traslados entre centros, resolución del caso in situ (no precisa tratamiento ni derivación), y/o derivación a Cuidados Paliativos u otros servicios específicos.

Compromisos del equipo oncólogo/a-enfermero/a de enlace:

1. Implementación de una consulta no presencial para la gestión de casos, si se opta por esta modalidad, o despliegue del oncólogo/a médico/a de forma presencial si se prefiere este modelo.
2. Garantizar los tiempos de espera adecuados para toda la población paciente.
3. Establecer un fluograma y protocolos de derivación para minimizar desplazamientos y número de consultas.
4. Compromiso con la medición de resultados

#### **OSI Araba y OSI Alto Deba**

La población diana de este proyecto es toda persona afectada con cáncer atendida en el hospital Alto Deba y que precise valoración por especialistas de oncología médica del HUA.

#### **Área de Salud Bizkaia**

La población diana de este proyecto es toda persona afectada con cáncer del área de salud de Bizkaia atendida en hospitales sin comités de tumores, hospitales de S. Eloy, Sta. Marina y de

Urduliz, y que precise valoración por especialistas de oncología médica del hospital Basurto, Cruces y/o Galdakao.

### Área de Salud Gipuzkoa

La población diana es toda población afectada con cáncer del área de salud de Gipuzkoa atendida en hospitales sin comités de tumores y que precise valoración por especialistas de oncología médica del hospital universitario Donostia.

Del contraste realizado con profesionales de diferentes OSIs sin servicio de oncología de los tres territorios, se puede concluir que cada territorio ha buscado la manera de asegurar la coordinación entre los diferentes equipos profesionales y para ello se ha recurrido a diferentes soluciones: participación de especialistas de la OSI sin oncología en los CT de sus OSIs de referencia, es el caso de la neumología de las OSIs Uribe y Barakaldo – Sestao y su participación en el CT de la OSI ECC; en otros casos se ha potenciado el rol de el/la enfermero/a de enlace, es el caso de la OSI Debabarrena, que inicialmente contó con la figura de oncólogo/a de enlace, pero ha desaparecido; en otros casos, como la medicina interna de la OSI Alto Deba, la coordinación es vía interconsulta y llamada telefónica en caso de urgencia, no cuentan con oncólogo/a de enlace y tampoco con enfermeros/as de enlace, lo mismo ocurre en la medicina interna de la OSI Barakaldo – Sestao.

**OBJETIVO 24.-** Revisar y adecuar canales de diagnóstico rápido entre atención primaria y los especialistas hospitalarios para el diagnóstico y tratamiento precoz ante signos o síntomas de sospecha de patología oncológica.

El objetivo principal de estos circuitos es acortar los plazos entre la sospecha, la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento de una enfermedad neoplásica.

Los circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico y tratamiento que permiten acortar este plazo aportan beneficios:

- Mejora los resultados del proceso oncológico en la población diana
- Ayuda a organizar la prestación de la atención sanitaria de una manera más eficiente
- Para el paciente, disminuyendo el tiempo, la incertidumbre, y el malestar emocional asociado al proceso diagnóstico

Se ha trabajado la derivación y seguimiento de los y las pacientes con equipos referentes del proceso de diagnóstico (facultativo y enfermería expertos en la patología). Existe el canal de diagnóstico rápido no presencial (CNP) para cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de vejiga, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de mama y cáncer de endometrio. El establecimiento de las CNP permite establecer un modo uniforme para hacer llegar las sospechas desde cualquier ámbito asistencial (AP, Urgencias, hospitalización...) a los equipos profesionales referentes de cada patología y proceso diagnóstico. En cambio, profesionales de atención primaria perciben una heterogeneidad en la rapidez del proceso, dependiendo del servicio al que se dirija la consulta no presencial. No todos los servicios cuentan con la misma fluidez de respuesta y, en

algunas ocasiones, esto puede ser fruto de la diferencia en relación con la complejidad que existe entre unos procesos u otros.

Además, en este tiempo se ha desarrollado la herramienta GIP (Gestor Integral de Programas) en la historia clínica de Osakidetza. Este programa, actualmente desarrollado para el diagnóstico rápido de cáncer de pulmón, mama, colon-gastroesofágico, constituye una herramienta de apoyo a los equipos profesionales de los diferentes ámbitos para el seguimiento de los casos. (Ver Objetivo 22).

Durante la pandemia (2020-2021) se mantuvieron los circuitos de las consultas no presenciales de diagnóstico rápido (Minbizi) entre la atención primaria y la especializada para las personas con sospecha de cáncer.

El uso de los circuitos Minbizi de pulmón, colon y mama mediante los formularios en Osabide Global, ha sido objeto de evaluación en diferentes ocasiones. La última evaluación es del 5 de enero de 2023 en relación con las solicitudes del 2022<sup>11</sup>, y de manera resumida comentar:

- En el caso del **cáncer de pulmón**:
  - Se dispone de 1.263 formularios registrados,
  - Los cinco hospitales referentes de Osakidetza trabajan en mayor o menor medida con el formulario Minbizi Pulmón.
  - Se identifica mucha variabilidad entre OSIs en el nivel de registro de la información. Así, algunas OSIs solo registran el hallazgo final de los casos positivos, por ejemplo.
- En el caso del **cáncer de colon**:
  - Ha habido 233 personas con formulario registrados en 2022.
  - El formulario Minbizi Colon ha sido cumplimentado en las OSIs Araba, Barrualde-Galdakao, Bilbao-Basurto y en menor medida en EEC (7% de los casos).
- En el caso del **cáncer de mama**:
  - Ha habido 406 personas con formulario registrados en 2022.
  - Las dos únicas OSIs que lo utilizan son Bilbao Basurto y EEC.
  - Del análisis de los tiempos entre diferentes fases, se decide revisar los casos en los que ha transcurrido más de 60 días desde la presentación en el CT hasta el inicio del tratamiento (6 casos).

**OBJETIVO 25.-** Concentrar procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia. Existen neoplasias poco prevalentes y/o complejas que requieren de procedimientos y tratamientos de alta especialización en las que la concentración de conocimientos, medios y de un volumen mínimo de casos tratados aporta valor en cuanto a mejorar los resultados en salud en los pacientes.

**OBJETIVO 25.1.-** Centralizar en unidades asistenciales de referencia los procesos oncológicos quirúrgicos de alta complejidad o baja prevalencia. Se considera necesario que las unidades que

<sup>11</sup> Evaluación de los circuitos MINBIZI para el cáncer de pulmón, el cáncer de colon y el cáncer de mama a través de los formularios en Osabide Global. Solicitudes de 2022.

traten a las personas con cáncer atiendan anualmente un mínimo de casos que se determinará en función de cada tipología determinada de cáncer.

En el periodo de vigencia del POE ha habido diferentes abordajes orientados a dar respuesta al objetivo de concentrar procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia.

Así, se ha avanzado en los siguientes procesos:

- Establecimiento de las Unidades de Referencia para cada uno de los tipos de cáncer en cáncer ginecológico, recogido en el acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza para las unidades de referencia en cáncer ginecológico del 29 mayo 2019.
- Concentración de cirugía oncológica esofágica, presentada en el Consejo de Administración de Osakidetza en diciembre de 2021.
- Concentración de la cirugía de los y las pacientes con sarcomas tanto de partes blandas como óseos y retroperitoneales de toda la red, previsto para 2023.

La realidad es que a la finalización del periodo de vigencia del POE estos procesos de concentración trabajados, con un planteamiento organizativo definido, no se han podido implantar.

La cirugía oncológica peritoneal se mantiene en el hospital Donostia que tiene la acreditación del GECOP (Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal).

**OBJETIVO 25.2.-** Centralizar la radioterapia estereotáctica cerebral funcional en Hospital Universitario de Cruces. No obstante, en función de las necesidades asistenciales se considerará eventualmente el análisis de ampliar la incorporación de nuevos dispositivos asistenciales.

Se ha realizado la centralización en Bizkaia de la RT esterotáctica cerebral en HUC desde 2018 y en la actualidad se está pilotando el tratamiento de la nueva técnica de radioterapia craneal en la OSI Bilbao Basurto, al objeto de agilizar los tratamientos.

#### ¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

Del análisis de los objetivos y las acciones desarrolladas, puede decirse que las medidas adoptadas en general han resultados eficaces, en cuanto a la existencia de las CoT en funcionamiento en todas las OSIs con Servicio de Oncología; la ampliación del número de CT en cada OSI en la medida que se ha ido desplegando el POE; la implantación de la red de personal de enfermería del POE en las OSIs, con los tres roles definidos; la implantación de los circuitos de diagnóstico rápido entre AP y los especialistas hospitalarios para el diagnóstico y tratamiento precoz ante signos o síntomas de sospecha de patología oncológica y diverso desarrollo de herramientas en la historia clínica que ayudan a su despliegue (Objetivos 23 y 24).

Siendo esto así, se detecta heterogeneidad en el nivel de despliegue de las actuaciones mencionadas, tanto entre OSIs, como entre los diferentes CT (ver tablas 5, 6, 7, 8, 9 y 10). Además, el nivel de uso de las herramientas desarrolladas para ello, principalmente los circuitos de diagnóstico rápido, están teniendo diferente nivel de uso lo cual afecta principalmente al registro

de las actuaciones y el seguimiento de los tiempos, siendo esto clave para posteriores ejercicios de análisis de resultados.

En lo que afecta a la figura del oncólogo/a de enlace (objetivo 23.5) la coordinación se ha resuelto buscando diferentes alternativas. Del contraste realizado no se traslada falta de coordinación en las fases previas del proceso, fase de detección y diagnóstico, pero si se comenta un aspecto que será interesante analizar y que tiene que ver con la sensación de "perdida" del paciente, cuando pasa a ser atendido desde la OSI con Servicio de Oncología.

La valoración que la mayoría de las personas entrevistadas hacia la red de enfermería es muy positiva. Se reconoce que en algunos casos han hecho posible el propio despliegue del POE y el modelo asistencial que plantea. Al igual que ocurre en otros objetivos, su despliegue ha sido desigual, y algo en lo que hay coincidencia es en el hecho de que en muchas ocasiones la asunción de los nuevos roles se compagina con roles más tradicionales en lo que las personas venían trabajando. Además, se ha hecho referencia en las entrevistas a la falta de espacios que existen para sus nuevas responsabilidades y se menciona también la carencia de un plan de formación que se ajuste a las nuevas funciones adquiridas.

El objetivo que menos desarrollo ha tenido ha sido el de concentrar procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia. Ha habido avances en el diseño del cáncer ginecológico, la cirugía oncológica esofágica, y en cirugía de las personas afectadas con sarcomas, pero no se ha logrado su implantación. (Objetivo 25)

### **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

La mayoría de las personas entrevistadas coinciden en que el propio **Modelo Asistencial**, los objetivos que persigue y los elementos que lo componen se consideran un logro en sí mismo. Un modelo asistencial implantado en todo Osakidetza, que ayuda a homogeneizar las formas de hacer y que beneficia a toda la población objeto, independientemente de su lugar de residencia. Un modelo que apuesta por el enfoque multidisciplinar en la atención oncológica, que cuenta con profesionales, conocimientos, habilidades, experiencia de todos los niveles asistenciales y actividades.

En este modelo destaca la valoración positiva que se hace del **papel de la enfermería**, del enfoque que se le ha dado y los diferentes roles definidos e implantados, que permiten un abordaje completo del proceso oncológico, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. El contar con la figura del/la Enfermero/a Coordinador/a del POE, puesto creado en las cinco OSIS con Servicio de Oncología, orientada tanto a la coordinación interna en las CoT, lo CT... como hacia fuera con otras OSIs que no cuentan con servicio de oncología, y su labor en la difusión y despliegue del POE en las OOSS. Asimismo, la labor desde la Subdirección de Enfermería de Osakidetza, a través de la Coordinadora de Líneas Estratégicas de Enfermería, que ha coordinado y sido referente de las 5 enfermeros/as coordinadores/as del POE, ha contribuido a liderar su despliegue en lo que afecta al modelo asistencial.

El **impulso a los CT** que, aunque algunos ya existían antes, el POE les ha dado un sentido en un contexto de modelo asistencia, que ha favorecido su despliegue, el dotarles de herramientas, además de la incorporación de la enfermería que de alguna manera favorece la coordinación entre ellos. Se considera que ha sido una manera de asegurar el enfoque multidisciplinar, la mirada integral hacia la persona con cáncer.

Contar con **Circuitos rápidos**, para poder dar una atención diferenciada a los y las pacientes con cáncer, y contar con un objetivo de tiempos máximos de respuesta. Actualmente se cuenta con circuitos rápidos para ocho procesos oncológicos, y cada año el número de personas afectadas que se han beneficiado de los mismos ha ido aumentando.

**Se han creado herramientas en la historia clínica (agendas y prestaciones específicas, GIP, formularios...)** que facilitan el seguimiento y a su vez permiten la monitorización de resultados. Se trata de herramientas que aportan tranquilidad y seguridad al conjunto de profesionales. No obstante, hay que seguir avanzado por esta vía que todavía no está implantada de manera homogénea entre las OSIs y sus equipos.

### **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

---

El **modelo asistencial** no se ha desplegado de la misma forma en todas las OOSS, se puede apreciar cierta heterogeneidad, no se parte de la misma cultura de gestión y organizacional y esto se ve reflejado en algunos datos, como el número de CT activos o la participación de la enfermería en los mismos (ver tablas 5, 6, 7y 8.). Además, el enfoque de trabajo multidisciplinar implica un cambio cultural respecto a la atención tradicional médico/a-paciente, que es necesario superar.

Aunque se ha puesto en marcha la **Comisión de Tumores CoT** en las cinco OSIs con Servicio de Oncología, surgen dudas sobre sus funciones, sus dinámicas, en definitiva, su capacidad de liderazgo para asumir su responsabilidad en el despliegue del POE. A raíz de la pandemia ha bajado la frecuencia de las reuniones, y en algunos casos algún año no ha llegado a reunirse, lo que indica que no se ha considerado una prioridad mantener su funcionamiento frente a otras actividades, a pesar de las facilidades tecnológicas para organizar reuniones de manera no presencial. Esto, en el contexto del modelo, requiere una reflexión específica.

Algunas personas interlocutoras consideran que en algunas OSIs ha habido una cierta desconexión entre las **CoT y los CT**, cierta lejanía. Además, de que no siempre se ha conseguido que los CT vayan más allá de la gestión de casos, y asuman una función de mejora de los procesos, protocolos... Particularmente surge la situación en Urología, y las dificultades para asumir la toma de decisiones en un contexto multidisciplinar.

El modelo asistencial, principalmente en enfermería, plantea nuevos roles para los que se han dado diferentes soluciones, con diferente **nivel de dedicación**, y en muchos casos compaginando las funciones derivadas del POE con actividades que el conjunto de profesionales ya venía asumiendo con anteriormente. Esto, en opinión de personas expertas, ha podido restar capacidad para desarrollar el modelo con su máximo potencial (Ver tablas 7 y 8).

El modelo asistencial plantea nuevos roles, nuevos foros, nuevas actividades algo que el sistema debe tener en cuenta para asegurar que no queda a la voluntariedad del personal asumirlas.

En lo que afecta a los **circuitos rápidos**, de la evaluación realizada sobre el uso de los formularios creados en Osabide, todavía hay mucha heterogeneidad tanto en el nivel de uso como en la calidad el registro de las actuaciones, lo que no permite hacer una valoración del proceso y sus resultados, principalmente en relación con el objetivo más importante como es el tiempo de diagnóstico.

Todos los avances en la concentración de **procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia se han quedado en el diseño del planteamiento sin lograr su implantación**. No se ha llegado a un consenso que favorezca la concentración. En general, las personas entrevistadas consideran que la concentración es necesaria, pero que la decisión de dónde y cómo no puede limitarse a analizar el volumen de actividad, n, sino que habría que analizar, además, los resultados obtenidos, además de otras repercusiones que pueda tener en las OSIs que pierdan actividad en su cartera de servicios.

## RETOS

---

El **Modelo Asistencial**, tras la experiencia de los cinco años de vigencia del POE, va a necesitar un ejercicio de reflexión y revisión específico, valorar los logros, identificar las BBPP, las principales dificultades, lo que ha funcionado y lo que no, y sobre la base de lo que ya existe avanzar hacia un modelo que siga apostando por la integración, la visión multidisciplinar, la implicación de la enfermería, la importancia del diagnóstico precoz y los circuitos rápidos, y el seguimiento, accesibilidad y apoyo durante las fases terapéuticas, supervivencia y final de la vida. Es un momento de oportunidad aprovechando la experiencia vivida y las lecciones aprendidas.

Actualmente, las cinco CoT no tienen relación entre ellas, no cuentan con ningún foro o espacio común para establecer sinergias y compartir buenas prácticas, algo que se valoraría positivamente.

Tanto las **CoT como los CT** deben revisar sus funciones y la configuración más apropiada para responder a las mismas, establecer el nexo de conexión entre ellos. En algunas OSIs se está valorando la posibilidad de convertir a los CT en unidades funcionales, con objetivos de proceso y resultado, donde se supere la labor de gestión de casos, y se tomen decisiones orientadas a la mejora de los procesos oncológico y, por ende, los resultados en los y las pacientes.

Además, un aspecto que no ha tenido prácticamente desarrollo en el POE ha sido el papel que debe de tener el/la **médico/a de familia**, tanto en la parte de prevención, como en el seguimiento del proceso y la continuidad asistencial, cuando toma el relevo. En la revisión del modelo asistencial será un ámbito a tener en cuenta.

Una mención específica merece la **concentración de procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia** y el necesario avance hacia ello. Las personas responsables, a nivel político y técnico, tendrán que valorar por qué no se ha logrado el objetivo del POE, a pesar de los avances en el diseño de algunos procesos de concentración, y pensar en estrategias de participación,

comunicación, para avanzar. En ese sentido el propio Plan de Salud 2030 y el nuevo Plan Estratégico de Osakidetza 2022-2025, orientan actuaciones en esta dirección, en un contexto de búsqueda de la **excelencia y sostenibilidad**.

Asignación de los recursos necesarios para seguir **impulsando la enfermería y sus nuevos roles**.

### III.2 - SITUACIONES DIFERENCIADAS: PEDIATRÍA/PERSONAS MAYORES/GRANDES SUPERVIVIENTES

**OBJETIVO 26.-** Avanzar en la mejora continua del modelo de atención interdisciplinar a los pacientes pediátricos y adolescentes a través de equipos orientados a la atención integral, integrada y coordinada centralizando la atención del cáncer en red.

La atención del cáncer infantil está centralizada en dos centros referentes: Hospital Universitario Cruces y Hospital Universitario Donostia que trabajan en red. El HU Cruces atiende a los y las pacientes pediátricos oncológicos de Araba, Bizkaia, Alto Deba y la mayoría de la población infantil afectada de Cantabria. El HU Donostia atiende a la población paciente de Gipuzkoa (excepto Alto Deba) y las zonas concertadas de Navarra.

En la asistencia sanitaria, tanto de las personas ingresadas como de quienes acuden al hospital de día en ambos centros, se ofrece una atención integral, integrada y coordinada entre los diferentes profesionales sanitarios, destacando las reuniones diarias entre el equipo médico y de enfermería. En los y las pacientes pediátricos, es muy importante la figura del enfermero/a de enlace en los difíciles momentos. También destacan las reuniones psicosociales con periodicidad mensual del equipo médico y de enfermería con los y las trabajadoras sociales, psicólogos/as, psiquiatras y profesorado. Se han agilizado mucho los tiempos, las alertas de los informes de anatomía patológica.

La implementación del Plan Oncológico de Euskadi llevó a finales de 2019 a la creación del Comité Autonómico de Coordinación Asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y en adolescentes en el que también participa una representación de Cantabria. Se realizan reuniones con periodicidad semestral y participa un amplio equipo multidisciplinar.

Además, de los comités hospitalarios y multi-céntricos en Euskadi y Cantabria, el personal especialista en oncología infantil de HU Cruces y HU Donostia participa en diversos grupos de trabajo y comités organizados por la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas en diferentes tipos de cánceres como tumores cerebrales, linfomas etc. y en comités de tumores muy raros organizados por Expert-RD o en grupos de trabajo de tumores cerebrales de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica o de histiocitosis de la Histiocyte Society.

En 2022 se creó la Unidad Conjunta de Investigación Clínica del Cáncer Infantil coordinada por BIOEF, que agrupa a los 2 Institutos de Investigación Sanitaria Biobizkaia y Biogipuzkoa, junto con las 2 Unidades de Hematología y Oncología Pediátricas de HU Cruces y HU Donostia. Establece un equipo coordinador con oncólogos/as infantiles de ambos hospitales para facilitar el funcionamiento en red, la coordinación y la apertura de los ensayos clínicos en ambos centros y favorecer la equidad y el acceso a estos en ensayos en Euskadi.

Finalmente señalar que en 2022 se han realizado numerosas reuniones interdisciplinares para definir la unidad de protonterapia de Euskadi que se ubicará en HU Donostia. Se han definido las necesidades y en 2023 el equipo de oncología pediátrica de HU Cruces y HU Donostia han consensuado la propuesta de plan funcional para los y las pacientes pediátricos oncológicos, que se ha remitido a los responsables del Departamento de Salud.

**OBJETIVO 27.-** Desplegar en los tres territorios la atención paliativa en pediatría de Euskadi y su coordinación desde la unidad específica de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP)/Hospitalización a Domicilio Pediátrica (HaDP) del Hospital Universitario Cruces (HUC), con un trabajo en red con otros y otras profesionales sanitarios de atención primaria y hospitalaria, así como con otros agentes de los servicios sociales y educativos.

Del modo en que está enunciado el objetivo 27, la valoración cualitativa que se recoge de las entrevistas realizadas es que no se ha cumplido. Se reconoce que durante la vigencia del plan se han realizado numerosas reuniones para potenciar el trabajo en red y favorecer los cuidados paliativos pediátricos en Euskadi y también del resto de personas que han necesitado de ello.

En el caso de la población infantil, se ha conseguido la colaboración de pediatras de atención primaria, médicos/as de familia, equipos de hospitalización a domicilio de población adulta y otros perfiles profesionales. Se han organizado algunos cursos de CPP, uno de ellos por el Servicio de Pediatría de HU Cruces. Los pediatras de HU Cruces dedicados a la Hospitalización a Domicilio y CPP han participado en numerosas actividades formativas.

Sin embargo, ni la OSI Donostialdea ni la OSI Araba tienen recorrido en este ámbito.

La colaboración con las asociaciones y organizaciones de pacientes y familiares en temas relacionados con los CPP ha sido muy estrecha, especialmente con la Fundación Aladina, La Cuadri del Hospi, ASPANOVAS, ASPANOGLI, ASPANAFOA y UMEEKIN.

La participación en la redacción del actual Plan de Cuidados Paliativos 2023-2027 ha sido importante y se ha redactado un objetivo relacionado con la atención paliativa pediátrica. Este mismo año, se ha definido el equipo más directamente dedicado a los CPP en cada uno de los hospitales universitarios y se han intercambiado diferentes documentos para facilitar el trabajo en red. Todo ello va a redundar en una mejora significativa del nivel de desempeño de la atención específica a esta situación diferenciada.

**OBJETIVO 28.-** Proporcionar una atención integral y seguimiento compartido entre atención primaria y los especialistas hospitalarios a las personas supervivientes a un cáncer en los que se aborden las necesidades psicosociales, los efectos adversos a los tratamientos y el riesgo a la recidiva.

El despliegue no se ha llevado a cabo de la misma manera en todos los ámbitos, algo más desde Atención Primaria. Es importante destacar que no en todas las OSIs el alcance es el mismo.

Profesionales de atención primaria echan en falta una mayor comunicación con el conjunto de especialistas hospitalarios. Refieren que la población afectada que está atravesando la fase más aguda del proceso, no acude a atención primaria de la misma manera que lo hacían

previamente. En cambio, sí que acuden a sus oncólogos/as de referencia con problemas que son más propios de tratar desde la atención primaria.

El aporte que pueden ofrecer a los y las pacientes desde atención primaria es alto, por lo que sería muy positivo que tanto quienes se encuentren en fase aguda como las personas supervivientes a un cáncer acudieran a sus profesionales de referencia en atención primaria.

**OBJETIVO 29.-** Garantizar que, a las personas mayores, se le realice una adecuada valoración integral que facilite una toma de decisiones compartida entre el profesional y el paciente y/o su familia, para proporcionarles el tratamiento y las diferentes intervenciones médicas y sociales que mayor beneficio producen y se minimicen los riesgos, para mantener o mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.

En relación con este objetivo, señalar que, con anterioridad a la elaboración del Plan Oncológico, había alguna iniciativa puntual (OSI Bilbao-Basurto) de una valoración geriátrica integral para prevenir eventos graves en pacientes sometidos a tratamiento oncológico activo.

La VGI (Valoración Geriátrica Integral) se ha desplegado solo parcialmente con importante variabilidad entre OSIs y servicios implicados en el proceso del cáncer (Oncología médica, radioterápica y Hematología oncológica). Se han incorporado a Osabide Global unos Formularios comunes para esta valoración en toda la red (mismas escalas). La VGI está plenamente implementada en los equipos de Oncología médica de Basurto y Donostia. No se ha realizado la auditoría interna en tiempo previsto (índicador).

En esta línea de tratamiento específico hacia las personas mayores con cáncer, mencionar el proyecto Onkofrail, del que se han dado detalles en el eje 1: Acción intersectorial, por el valor que tiene en cuanto atiende de manera específica a este grupo poblacional.

**OBJETIVO 30.-** Realizar la evaluación durante el año 2018 del grado de consecución de los objetivos planteados en el Plan de Cuidados Paliativos y adecuar en consecuencia las diferentes acciones de mejora.

En relación con el objetivo de evaluación, hay que señalar que la evaluación se ha abordado en el momento de elaborar el nuevo Plan. Desde esa perspectiva el objetivo se ha cumplido.

De la información y las opiniones recogidas se extrae la conclusión de que los avances han sido desiguales.

Se constituyó el primer año de puesta en marcha del Plan, la Comisión de Seguimiento del Plan de Cuidados Paliativos, celebrando reuniones anuales para informar de indicadores de evaluación, proyectos en marcha y recogida de sugerencias. Se elaboró un formulario específico para la elaboración del Plan Individualizado de Atención (PIA) a pacientes identificados en situación de necesidad de CCPP puesto a disposición en la Historia Clínica Electrónica (Osabide Global) y se procedió a su divulgación a todas las Organizaciones de Servicios de Osakidetza (OOSS).

En los años posteriores de vigencia del plan y como forma de despliegue operativo y de impulso del cambio en la práctica clínica de atención paliativa, se incorporó al programa la estrategia de “Atención Centrada en la Persona” (ACP) desde la red Integrasarea que puso en marcha un proyecto para incorporar el modelo ACP en el abordaje clínico de los cuidados paliativos. Del trabajo impulsado desde la Dirección de Atención Sanitaria surgió el proyecto INNOPAL.<sup>12</sup>

Cada OSI ha ido avanzando en las 5 miradas paliativas que propone el grupo INNOPAL según su situación y recursos: identificación (1), comunicación del diagnóstico de necesidad de cuidados paliativos (2), coordinación entre profesionales (3), seguimiento, cuidados y decisiones compartidas (4) y atención 24x7 (5). Las Unidades de Cuidados Paliativos han mantenido su actividad durante la pandemia con algunas limitaciones de personal según áreas concretas (en la OSI Araba y OSI Barrualde-Galdakao durante la primera ola hubo derivación de personal de estas unidades para la atención a población afectada con COVID-19). Actualmente se mantiene activo el proyecto y la red colaborativa, pues son las Comisiones Clínicas y los grupos Innopal quienes tienen la responsabilidad de la implantación de este Top Down y su contenido implica el abordaje de dispositivos que componen las 5 miradas clave en atención paliativa.

### **¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?**

La eficacia de las iniciativas para tratar las situaciones diferenciadas: pediatría, mayores, grandes supervivientes no son las mismas. Destaca por su eficacia la relacionada con el cáncer infantil, ya que la existencia de una labor coordinada entre el personal profesional que les atienden (pediatría oncológica, oncología médica y radioterápica, hematología oncológica.) de los dos hospitales que actúan como referentes, facilitan el funcionamiento en red, la coordinación de los casos, la apertura de ensayos clínicos en ambos centros, todo lo cual favorece la equidad y el acceso a estos ensayos Euskadi. También es preciso destacar en este sentido la creación de la Unidad de Investigación conjunta para el cáncer infantil entre personal clínico investigador de la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Cruces / Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia y de la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Donostia/ Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa, que, a efectos del desarrollo de la investigación clínica, trabajan en red.

Siguiendo con el cáncer en población infantil y adolescente, desde las asociaciones que acompañan a los y las pacientes y a sus familias en el proceso de enfermedad y en la recuperación de la misma, se apoyan en el documento aprobado por el Ministerio de Sanidad e Igualdad<sup>13</sup> en el que se detallan los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad en unidades asistenciales de cáncer en la infancia y adolescencia. Han realizado un análisis de

---

<sup>12</sup> Proyecto corporativo para la mejora de la atención al paciente con necesidades paliativas. Contempla 5 líneas de actuación: diagnóstico, comunicación con paciente/familia, comunicación entre profesionales, 24x7 y apoyo al paciente/familia

<sup>13</sup>Estándares y recomendaciones de calidad de las unidades asistenciales [Internet]. Gob.es. [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR\\_org.htm](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm)

cumplimiento en el año 2022 de estos estándares y recomendaciones e identifican algunas mejoras en aspectos vinculados con la información al paciente y su familia; formación dirigida a la familia; apoyo psicológico y actividades lúdicas; entorno apropiado para las diferentes edades ; ratios de oncólogo/a y enfermero/a; figura de coordinación; procedimientos de actuación ante situaciones duelo....

En relación con los cuidados paliativos de la información recogida se desprende que su despliegue no ha sido uniforme en el conjunto de las OOSS, aunque hay que señalar que el cambio de mirada que supuso la puesta en marcha del proyecto INNOPAL ha sido valorada como muy positiva y en parte ha tenido como consecuencia que en el nuevo Plan de Cuidados Paliativos 2023-2027, se proponga la inclusión de figuras referentes en cada OSI tanto del personal médico como de enfermería, así como una representación de pacientes para consensuar decisiones por lo que a corto plazo la eficacia de las medidas adoptadas mejorará, respecto de la situación referente.

### **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

A nivel general se valora como un elemento positivo la propia existencia del POE, como un hito que ha posibilitado la articulación de una respuesta más eficaz y eficiente al tratamiento del cáncer en Euskadi. Se ha organizado mejor la asistencia en los cuidados de mayor complejidad.

Ha servido para ordenar, ampliar miras con recursos, ha permitido abordar proyectos. La gobernanza que ha creado el plan con los foros y comités se califica de manera unánime como de logro. Las comisiones de tumores ya existían en algunos hospitales, pero el plan ha servido para reactivarlos. Ha generado una mayor relación entre hospitales.

Entrando en el tratamiento a situaciones diferenciadas, en el abordaje del cáncer pediátrico, la existencia de una comisión específica para ello se valora de forma muy positiva porque ha supuesto un gran avance en todas las áreas que le afectan: en la asistencial, en la investigación, en la relacional, esta última en la medida en que la relación con las asociaciones de pacientes y familiares con CPP es muy estrecha. La atención a una persona afectada de manera interdisciplinar, le da una calidad asistencial que es imposible de abordarlo de una manera descoordinada, éste enfoque en el ámbito de pediatría ha conocido un avance importante, pero tiene que seguir en un próximo plan.

El aprendizaje que ha supuesto el proyecto INNOPAL allí donde se ha desplegado y la mirada de humanización que incorpora, es un logro que contribuye al abordaje del cáncer en una fase más delicada como es el del cuidado paliativo, desde una mirada que pone a la persona en el centro

### **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

A nivel general se ha mencionado que ha sido un plan muy poco conocido por quien no es profesional de oncología y la persona afectada transita por más servicios y profesionales.

Le ha faltado integrar la mirada del paliativo y de la AP. En este sentido el concepto de cuidado paliativo tiene que verse desde una mirada más amplia, parece que se deriva desde la atención

oncológica a la paliativa cuando ya no hay solución y eso no es así. El cuidado paliativo y su abordaje, hace tiempo que es mucho más que fin de vida/terminal y eso hay que explicarlo y practicarlo. Una manera de integrar la mirada del cuidado paliativo puede ser garantizar que esté presente en las comisiones de tumores.

Lo importante es la persona y el conjunto de profesionales se tiene que organizar para atender sus necesidades (que hay que comprender bien) que a veces, muchas veces, tienen que ver con otras intervenciones y otros perfiles profesionales además del/la oncólogo/a y su tratamiento médico.

En relación con la atención primaria, la propuesta es que hay que posibilitar una mejor conexión con Primaria. No puede ser que el personal de atención primaria se pueda comunicar con el conjunto de especialistas y no exista reciprocidad. Se deben habilitar canales (teléfono) para llamar y hacer interconsultas ágiles y eficientes.

La variabilidad en el tratamiento diferenciado de las personas mayores, se puede considerar una carencia en la medida que las VGI no están extendidas de manera generalizada en las OOSS.

### **RETOs**

Trabajar en los colectivos más frágiles de una manera más decidida en el nuevo POE.

- En relación con la atención a personas mayores extender las prácticas de la VGI y que esta valoración forme parte de la información que se maneja en los comités de tumores.
- Ampliar la mirada del personal de oncología respecto de los cuidados paliativos. Garantizar la mirada paliativista en los comités de tumores como un elemento más de la intervención que se acuerde, y no como algo que se activa cuando ya se considera que no hay tratamiento posible de la enfermedad.
- Desplegar tal y como está definido el nuevo Plan de Cuidados Paliativos general y el pediátrico en particular, para lo que harán falta movilizar recursos específicos que ya se han identificado en el Plan. Los Servicios de Oncología Médica deben ofrecer los cuidados continuos (soporte y paliación) como una parte más de su actividad clínica y asistencial. Así, uno de los objetivos de esta atención integral es disminuir las complicaciones y facilitar la administración de terapias oncológicas.
- La presencia de los cuidados continuos en la práctica clínica oncológica habitual debería considerarse un estándar de calidad de un servicio, tan valioso como cualquiera de los demás parámetros que habitualmente se tienen en cuenta. Sin embargo, se requiere coordinación con equipos multiprofesionales, como son: oncología médica, equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos, hospitalización domiciliaria, referentes de Cuidados Paliativos de los centros de salud, unidades de Hospitalización de cuidados paliativos, PAC-consejo sanitario, psicooncología, ámbito sociosanitario.
- Incluir a las personas supervivientes de cáncer en el proceso asistencial. La metodología de ruta asistencial podría ser el enfoque más pertinente para lograr integrar este reto en el próximo plan oncológico.

Además, las asociaciones de pacientes solicitan que se les reconozca como parte de la red que da cobertura a los cuidados necesarios del colectivo y sus familias. Ven necesario diseñar

e implementar mecanismos jurídicos y legales para permitir la intervención de los y las profesionales de las asociaciones en el trabajo diario de las Unidades en beneficio de las familias para que, entre otros aspectos, puedan seguir ofreciendo sus servicios en casos excepcionales como los vividos durante la pandemia COVID19, al tener que paralizar toda su actividad en los hospitales por no ser parte de la organización sanitaria.

### III.3 - ONKOLOGIKOA

El año de la elaboración del Plan Oncológico se incluyó un objetivo específico que señalaba lo siguiente:

**OBJETIVO 31.-** Desarrollo de la normativa que adecúe la vinculación como formato sobre el que articular la relación de Osakidetza con Onkologikoa a partir de 2019.

Se estaba trabajando la vinculación de Onkologikoa desde finales de 2016. En 2018 se suscribió el convenio de vinculación. Sin embargo, posteriormente se decidió abandonar esta línea de trabajo, probablemente por limitaciones del modelo de vinculación, optándose por otro modelo que ha sido de integración. Así en diciembre de 2022 se decidió el nuevo marco normativo iniciando un camino hacia la integración orgánica de Onkologikoa en Osakidetza (en lo que hace referencia a espacios y a profesionales)

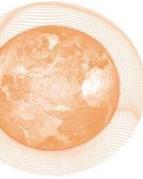
Este camino tiene un horizonte temporal de finalización en marzo de 2024 y abre la vertiente de consolidar y mejorar la asistencia en cáncer en Gipuzkoa con los recursos de OSI Donostialdea y parcialmente de Onkologikoa y plantear una organización de referencia para la atención al cáncer en Euskadi, que tendrá que desarrollarse en el siguiente POE.

A lo largo de 2019 se fue integrando la historia electrónica Osabide Global y el sistema de la farmacia oncohematológica Onkobide. Desde enero de 2021 los comités de tumores son únicos para Gipuzkoa incluyendo referentes de conocimiento de los 2 centros.

Se ha procedido al traslado de las consultas externas y hospital de día de Oncología Médica y Oncohematología de la OSI Donostialdea a Onkologikoa. Se han establecido referentes en los distintos servicios (Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Oncohematología) para gestionar el conocimiento y los circuitos. En noviembre de 2022, el servicio de Oncología Radioterápica se ha trasladado físicamente a Onkologikoa, trabajando como un servicio único. Este movimiento ha acompañado al desplazamiento de la tecnología (ALIs) prevista en el plan de reposición de Osakidetza en el edificio Onkologikoa.

#### ¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

Aunque en un principio se planteó un modelo de vinculación, la posterior decisión de integrar ambos servicios en uno único bajo la misma unidad de gestión se valora de forma positiva en cuanto que se convierte en un referente de atención en un entorno territorial que articula una



relación eficiente entre el centro de referencia y el resto de OSIs que no cuentan con servicio de oncología.

### **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

El logro radica en que con retraso y otro modelo, se haya llegado al acuerdo de la integración.

### **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

Valorando en este proceso de evaluación la vertiente que más dificultad ha podido generar, en la gestión del objetivo Onkologikoa, la conclusión es que éste era un centro ubicado en la red sanitaria privada, con un funcionamiento propio en el marco de una Fundación que era quien concertaba los servicios con el sistema público de salud, perteneciente a la obra social de una entidad financiera. El tránsito de esta estructura funcional y cultura organizacional, hacia otra diferente que supone integrarse en el sistema público de salud es lo que mayor dificultad ha generado. No se trata de una barrera ni una carencia, pero sí una dificultad que ha habido que gestionar.

### **RETOS**

En relación a este objetivo el reto que se identifica es que aunque se haya apostado por un modelo de integración y no de vinculación, como en un principio se planteó, que las capacidades, físicas, instalaciones, el conocimiento y experiencia de los y las profesionales en el ámbito asistencial, de la investigación y investigación y el screening poblacional, al menos en mama para Gipuzkoa, junto con la imagen de marca de centro referente en cáncer entre la ciudadanía de Gipuzkoa, pero también del conjunto de Euskadi de Onkologikoa, no se diluyan o no encuentren los cauces adecuados para que aporten su valor añadido en el tratamiento del cáncer en la OSI Donostialdea y por extensión en Euskadi.

## 2.2.5 EJE IV: La medicina personalizada

### ¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL EJE Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA IMPULSAR LA MEDICINA PERSONALIZADA?

Se trata de un eje que responde a la necesidad de abordar el cáncer teniendo en cuenta los importantes progresos que ya se venían experimentando en el momento de definir el POE, muchos de ellos relacionados con el mejor conocimiento de las bases genéticas y moleculares de este grupo de enfermedades. Los avances científicos han permitido la traducción de estos descubrimientos en nuevas y mejores formas de identificar grupos seleccionados de pacientes con cáncer en los que se pueden establecer estrategias específicas de prevención, diagnóstico y tratamiento que están contribuyendo al aumento del número de personas que sobreviven más tiempo y mejor después de un diagnóstico de cáncer.

Se trata del despliegue de la llamada **Medicina Personalizada de Precisión (MPP)** y que el POE vinculaba con dos líneas de desarrollo:

- **Abordaje asistencial diagnóstico-terapéutico** diferenciado en grupos seleccionados de pacientes en función de la presencia de biomarcadores con implicaciones pronósticas y predictivas de resultados.
- **Cambio de paradigma en investigación**, con diseño de estudios para poblaciones seleccionadas en las que se evaluarán intervenciones (fundamentalmente fármacos antineoplásicos) diseñadas racionalmente en función de dianas terapéuticas específicas.

Se parte de la base de que para una aplicación eficiente, práctica y dinámica de estrategias de MPP se debe contar con la visión y colaboración de especialistas en las áreas de conocimiento con mayor potencial e impacto en la misma, incluyendo la Oncología Médica y Hematología, Farmacia Hospitalaria, Genética Clínica y Molecular, Anatomía Patológica, Epidemiología, Investigación y Bioinformática entre otras.

El POE plantea 4 Objetivos sobre los que definir las diferentes acciones que deben formar parte del despliegue de la medicina de precisión, de carácter eminentemente instrumental (Objetivos 32, 33, 34 y 35).

Además, en el *Eje V- Investigación e Innovación* establece el objetivo vinculado con la investigación.

**Objetivo 32** - Creación y puesta en marcha de un **Comité de planificación y gestión de la MPP** para la evaluación de recursos y toma de decisiones funcionales y de organización de la atención oncológica.

El 3 de febrero de 2020 se convoca la primera reunión de lo que, en aquel momento, se denominó Consejo Asesor de Medicina Personalizada de Euskadi, en el que se trataron los siguientes temas: presentación de sus integrantes; objetivos del Consejo; y, análisis de la situación y propuesta de trabajo, y participaron 15 personas de las siguientes organizaciones: Departamento de Salud, Osakidetza Centrales, BIOEF, Onkologikoa, HUA, HUBB, HUC y HUD.

El inicio de los trámites para su constitución formal coincidió con la primera fase de la pandemia, por lo que el proceso se paraliza y no es hasta el 1 de marzo de 2021 cuando se constituye el **Comité para la Planificación y Gestión de la Medicina Personalizada de Euskadi CPGMPP**, a través de la Orden de 1 de marzo de 2021, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Comité de Planificación y Gestión de la Medicina Personalizada de Euskadi<sup>14</sup> (BOPV de 11 de marzo de 2021), cambiando el nombre inicial de Consejo Asesor de Medicina Personalizada y revisando su composición.

Se trata de un órgano consultivo y de asesoramiento técnico al Departamento de Salud en la planificación estratégica y toma de decisiones para la puesta en marcha de acciones que permitan la implementación de la MPP en Euskadi. Está adscrito al propio Departamento de Salud, pero sin participar en su estructura jerárquica, y se establece una frecuencia semestral de reuniones, pudiéndose proponer reuniones con más frecuencia en caso de necesidad. En su composición se integran profesionales del Departamento de Salud, de Osakidetza, de los institutos de investigación y de BIOEF, y entre sus miembros hay una presidencia, una secretaría y las personas vocales designadas por la Consejera de Salud.

La primera reunión oficial del CPGMPP tiene lugar el 17 de junio de 2021, con la presentación de la Coordinadora para la MPP y Terapias Avanzadas; la Orden de creación del CPGMPP y los nombramientos; y la presentación de la Estrategia de la MPP, y el establecimiento de objetivos y las líneas de trabajo orientadas al logro en los siguientes cinco años de un modelo de trabajo en red en el diagnóstico, la incorporación y evaluación, el almacenaje de información y su uso, la nueva normativa necesaria y otros aspectos, y que todo ello permita avanzar hacia una transformación progresiva.

**Objetivo 33 - Creación de una unidad de referencia para el diagnóstico molecular oncológico** caracterizada por su carácter interdisciplinar en los que deben formar parte profesionales emergentes y agentes de investigación, teniendo un enfoque centrado en las necesidades del paciente.

En 2021 se inicia el despliegue de la oncología de precisión en toda la red con un enfoque principalmente asistencial. Se realiza la revisión y actualización de la cartera de servicios de Osakidetza en cuanto a biomarcadores moleculares en cáncer, tanto pronósticos como predictivos de respuesta se refiere. A lo largo de 2022 se abordó la revisión y actualización de la cartera de servicios de Osakidetza en cuanto a biomarcadores moleculares en tumor sólido de personas adultas, tanto pronósticos como predictivos de respuesta. Está previsto actualizar el mismo trabajo de consenso para los tumores hematológicos y la pediatría a lo largo de 2023.

En diciembre de 2022 se crean **dos unidades referentes para el diagnóstico molecular oncológico** ubicadas en las OSIs Eskerraldea-Enkarterri-Cruces y Donostialdea. En el primer semestre de 2023 se han incorporado los equipamientos para poder realizar la secuenciación en muestras oncológicas **NGS**. Se encuentran físicamente en los laboratorios de Anatomía Patológica del HUC

<sup>14</sup> [https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2021/03/01/\(2\)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/](https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2021/03/01/(2)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/)

y HUD, aunque su uso se extiende a otros servicios y especialidades como Oncohematología, Genética, Inmunología, etc. Durante el primer trimestre de 2023 se ha realizado la adecuación, instalación, adquisición de equipamientos complementarios (robots para preparación de muestras), formación del personal de laboratorio, etc. Simultáneamente, se ha consensuado con los laboratorios que refieren muestras, los protocolos de envío. Con los profesionales clínicos se han valorado los plazos de respuesta, así como las características de los informes.

Se ha formado un grupo de trabajo en el que participan oncólogos/as de todos los hospitales con Servicio de Oncología, que han consensuado en qué patologías oncológicas está indicada la realización de estos marcadores y los tratamientos dirigidos.

El despliegue se ha planteado de forma progresiva: Se ha comenzado con el cáncer de pulmón diseminado y en el mes de junio de 2023 se han incorporado, a realizar por la tecnología Thermophizer (NGS), Colangiocarcinoma, Tumor tiroides (medular) y GIST.

En paralelo, el IIS BioCruces-Bizkaia ha incorporado, además, tecnología para la realización de genomas/exomas completos cuyo principal ámbito será el de la investigación y el estudio de enfermedades raras. (ver Objetivo 38).

**Objetivo 34** - Creación de **Comités de Medicina de Precisión en Cáncer** reglamentados en las distintas OSIs que cuentan con servicios de oncología, con funciones de **gestión de casos y gestión de procesos** y con **relación dinámica con el resto de comités de tumores**.

A lo largo de 2022 y 2023 se han constituido los comités de referencia en Medicina de Precisión en cáncer en las cinco OSIs con Servicio de Oncología, con el objeto de establecer decisiones diagnóstico-terapéuticas de forma personalizada en función de las características genómicas o moleculares del tumor concreto de cada paciente. Estos comités se han denominado **Comités de Oncología Molecular (COM)** y se coordinan con los CT de los diferentes centros, a los que asesoran en la materia. Está previsto que comiencen a reunirse con la puesta en marcha de la secuenciación masiva (NGS).

Está previsto que representantes de estos cinco COM constituyan el **COM Corporativo**, encargado de valorar cómo se está realizando la incorporación de este nuevo modelo de realización de los marcadores tumorales, su utilización y nuevas indicaciones.

Se ha trabajado en el establecimiento de Indicaciones y Cartera de Servicios (Tumor sólido) y en la Oferta de pruebas en Oncología a partir de la incorporación nueva tecnología: Panel fusiones, recombinación homologa, etc.

Dos documentos se van a remitir a los referentes de los COM locales y se identificará un repositorio público donde poder realizar modificaciones.

Asimismo, ya está desplegado el **Comité Clínico Molecular Pediátrico** en Biobizkaia común para las OSIs Eskerraldea-Enkarterri-Cruces y Donostialdea para abordar los casos infantiles que precisan terapia CART. La caracterización molecular es necesaria para un diagnóstico preciso y en el caso concreto de las leucemias, imprescindible para establecer los grupos de riesgo. En

estos momentos estas determinaciones se realizan en centros referentes fuera de la red de Osakidetza.

**Objetivo 35** - Como reto estratégico y diagnóstico/terapéutico se plantea la necesidad de conocer el **perfil molecular de todos los pacientes de cáncer de pulmón** fijándose en el 2019 el horizonte temporal para la consecución de este objetivo.

El perfil molecular de los y las pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) se viene realizando de acuerdo con las guías científicas, tanto nacionales como internacionales, antes de la puesta en marcha del POE 2018-2023, aunque de manera no exhaustiva/masiva, mediante técnicas de PCR. Por tanto, en Osakidetza, el tratamiento para la población que sufre ésta y otras patologías oncohematológicas es ya un tratamiento personalizado en las últimas décadas. El CPNM será el tipo de cáncer piloto para el despliegue de la NGS y los CMPC.

Además, el CPNM diseminado ha sido la primera patología en la que se está realizando de forma protocolizada, la secuenciación NGS en asistencia, aplicando un panel que analiza los marcadores acordes a las indicaciones de las guías de práctica clínica.

Desde el punto de vista de investigación, y coincidiendo con la puesta en marcha del equipo de genómica adquirido por el IIS BioBizkaia, un equipo multidisciplinar está diseñando y valorando la posibilidad de realizar un estudio en el campo de la biopsia líquida en cáncer de pulmón, basado en el análisis del ADN tumoral circulante (ADNc).

#### **¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?**

Tras el análisis de las actuaciones que se han abordado en el contexto del Eje de la MPP, puede decirse que se han cumplido tres de los cuatro objetivos establecidos por el POE, con la creación del CPGMPP, la puesta en marcha de las dos unidades de referencia para el diagnóstico molecular oncológico ubicadas en HUC y HUD, y la creación de los COM en las OSI con Servicio de Oncología y el COM Corporativa. Se ha definido e implantado una gobernanza en torno a la MPP en el ámbito de la oncología que es una realidad. Al tratarse de actuaciones de reciente implantación, va a ser necesario dejar que pase un periodo de tiempo prudencial para poder valorar la eficacia de las mismas. (Objetivos 32, 33 y 34).

Además, la mayoría de las personas entrevistadas a las que se les ha consultado sobre este eje, trasladan que el abordaje de la MPP en Euskadi no se ha realizado con la premura y en el tiempo apropiado, coincidiendo todas ellas en que el desarrollo ha sido tardío y lento. Aunque se valora positivamente lo realizado, es insuficiente si se quiere posicionar a Euskadi como una CCAA avanzada en MPP. Esta situación afecta tanto al ámbito asistencial como al de la investigación e innovación.

En relación con el cuarto objetivo (objetivo 35), se considera necesario replantear el objetivo, tal y como se explica en su desarrollo. En opinión de la persona entrevistada, no tiene utilidad secuenciar todos los cánceres de pulmón con terapias dirigidas. Sería más apropiado medir el % de pacientes con Indicación de NGS a los que se realizan 12 marcadores...

## **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

Los aspectos que pueden considerarse un logro en relación con la MPP y los objetivos que se planteaban en el POE se pueden resumir en lo siguiente:

- Contar con un Comité de Planificación y Gestión de la Medicina Personalizada de Euskadi, formalizado, con las funciones definidas.
- Contar con un Modelo de Gobernanza desplegado en materia de cáncer de manera específica en los COM, contando además con un foro corporativo a través del COM Corporativo y la identificación de dos unidades ubicadas en HUC y HUD. Este modelo deberá ser objeto de seguimiento y adaptación a las nuevas necesidades que vayan surgiendo y vayan aumentando los casos.
- Disponer del equipamiento necesario para poder abordar la secuenciación en muestras oncológicas (NGS).
- El apoyo de los COM a los Comité de Tumores.

## **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

En torno al abordaje de la MPP, y al retraso en su desarrollo, confluyen diferentes factores, vinculados principalmente con la falta de un modelo para el abordaje de la genómica en Euskadi, lo que a su vez ha retrasado la adquisición del equipamiento necesario para la realización de técnicas de secuenciación masiva NGS. Varios podrían ser los motivos que subyacen en torno a esta cuestión vinculados con aspectos como la decisión política, la visión corporativa, la relación entre la asistencia y la investigación, etc. Algunas personas expertas apuntan también a una posible falta de conocimiento sobre la MPP en el momento de hacer el planteamiento del eje.

Ahondando en la cuestión, tal y como el propio POE recoge, desde el año 2011 ya se contaba con un Plan de Genética para la CAPV, que ponía el foco tanto en la genética clínica como en los laboratorios de genética. Además, la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza RDBO, activa desde el año 2010, ya incluía entre sus disciplinas la Genética, pudiendo avanzar en la elaboración de la cartera de servicios común incluida en el catálogo Corporativo de Osakidetza, para las que ha sido necesario en muchos casos recurrir a la derivación a centros externos. A pesar de todo ello, no ha sido hasta este año 2023 cuando se hace una apuesta por la adquisición de capacidad de secuenciación propia y se crean las dos unidades de referencia para el diagnóstico molecular oncológico.

Otra barrera que ha sido fundamental para avanzar ha sido la necesidad de profesionales, tanto de nuevos perfiles, como el reconocimiento de los que ya están, la necesidad de contar con la especialidad en genética... pero también de profesionales del ámbito de la bioinformática, matemática, biotecnología, etc. que aporten conocimiento e impulso a la MPP.

## **RETOS**

El principal reto va a ser, a partir del modelo de gobernanza definido, establecer la **Estrategia de la MPP y definir las líneas de trabajo** para los próximos años, identificando las líneas específicas para el cáncer, en coherencia con otras estrategias a nivel estatal y europeo.

En paralelo, el **modelo definido** se tiene que consolidar, tanto en los aspectos más conceptuales como en los operativos, así:

- El CPGMPP deberá ser el foro que de manera natural asuma el liderazgo en la definición y despliegue de la Estrategia de la MPP, y así se le reconozca. Debe ser el foro que asesore tanto al Departamento de Salud como a Osakidetza, tal y como establecer la Orden del 1 de marzo de 2021.
- La creación de los COM es una novedad, que irá evolucionando hasta convertirse en rutina, coincidiendo con el aumento progresivo de los casos. Habrá que establecer lo que debe ser valorado por el COM, y lo que por el avance en el conocimiento y la experiencia se pueda tratar directamente en los CT. Actualmente es factible que todo pase por el COM, pero en el futuro será necesario establecer criterios para identificar los casos de mayor dificultad y evitar así su saturación.
- Además, será necesario dotar de los recursos necesarios a las Unidades de Referencia,

Una mención específica merece la **gestión de los profesionales**, en línea con el **PS 2030**<sup>15</sup>, en el que se establece el Objetivo de Contar con profesionales con las capacidades y competencias necesarias para lograr la sostenibilidad y excelencia del sistema asistencial sanitario y social y la línea Estratégica Definir y desplegar estrategias de recursos humanos que aseguren la capacidad y competencias profesionales necesarias en los sistemas sanitario y social para dar respuesta a las necesidades, actuales y futuras, y lograr la excelencia de los sistemas, asegurando su sostenibilidad.

Otro ámbito que va a suponer todo un reto va a tener que ver con el hecho de que las tecnologías vinculadas con la **MPP generan una inmensa cantidad de datos que hay que almacenar y gestionar adecuadamente**. Por ello Osakidetza ha puesto en marcha un concurso para la contratación de una plataforma corporativa para la captura, almacenamiento y análisis de estudios genómicos, que incluye la realización de casos de uso desde el origen de la secuenciación, su almacenamiento y la realización de un flujo de análisis según objetivo desde el ámbito clínico e investigación.

**Avanzar en el desarrollo de la MPP** tiene implicaciones sobre la decisión terapéutica, mucho más multidisciplinar y basada en nuevas tecnologías de oncología de precisión, con el objetivo claro de seleccionar solo a la población afectada que se puedan beneficiar del tratamiento a partir de los datos facilitados por los análisis genéticos o moleculares y garantizando el acceso equitativo y riguroso de la totalidad de la población susceptible de recibir la asistencia. Además,

---

<sup>15</sup> [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf)

la MPP va a suponer un cambio en la manera de abordar la enfermedad, que va a requerir una reflexión profunda en torno a aspectos éticos y economicistas.

Finalmente, desde la **I+D+i**, el interés y la necesidad de impulsar la MPP queda reflejado en la Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2022-2025, que recoge las prioridades identificadas en el marco de la estrategia de especialización inteligente RIS3 Salud Personalizada. Esta estrategia de país, enmarcada en el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030, tiene entre sus cuatro áreas temáticas prioritizadas la “Medicina Personalizada y Terapias Avanzadas”. A su vez, en esta área temática prioritaria se pretende avanzar en el campo de la medicina genómica, entendiendo el interés que la investigación y desarrollo en este campo puede tener para la salud de la población de Euskadi. (Ver Eje V).

## 2.2.6 EJE V: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

### ¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL EJE Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN?

Este Eje se ha centrado principalmente en dos aspectos:

- La **Gestión de los Ensayos Clínicos EECC**, la generación de un marco común de gestión para la investigación clínica en cáncer que permita la gestión única de los EECC que asegure el acceso a todos los y las pacientes de Osakidetza. Y el establecimiento de criterios para la selección de centros para la realización de EECC. Objetivos 36 y 37.
- El desarrollo de la **investigación traslacional en MPP** en coherencia con la estrategia RIS3. Objetivo 38.
- La **Innovación quirúrgica** y el fomento de programas de investigación que lo aborden. Objetivo 39.

**OBJETIVO 36.-** Generar un marco común de gestión para la investigación clínica en cáncer que permita una oferta única del programa de EECC a todos los pacientes oncológicos de Osakidetza de los que se puedan beneficiar en un momento dado.

La Plataforma Onkobide para el tratamiento sistémico de los y las pacientes oncohematológicos, incluye todos los ensayos clínicos (EECC) disponibles a nivel de la red de Osakidetza para facilitar la derivación de pacientes entre los centros. Todo el personal implicado puede consultar en esta herramienta los protocolos de investigación clínica abiertos para reclutamiento en cada uno de los hospitales.

En el último trimestre de 2021, los dos únicos hospitales oncopediátricos en Euskadi (Donostialdea y Cruces), en coordinación con BIOEF, presentaron a la AEMP la propuesta para la creación de la Unidad Conjunta de Investigación Clínica en Cáncer Infantil (los tratamientos del cáncer infantil en un 90% de casos se realizan dentro de los protocolos internacionales que tienen la consideración de EECC) a los diversos agentes implicados. Durante el primer semestre de 2022 se desarrolló el procedimiento de funcionamiento de dicha unidad y se establecieron las bases para que las dos unidades de oncología pediátrica actúen en red en el ámbito de la investigación clínica. Con fecha 31 de mayo de 2022, se firmó el acuerdo de colaboración entre BIOEF y los Institutos de Investigación Sanitarias Biobizkaia (anteriormente denominado Biocruces Bizkaia) y Biogipuzkoa (anteriormente denominado Biodonostia), con objeto de regular la creación y el funcionamiento de dicha unidad y facilitar la puesta en marcha y el desarrollo de los estudios clínicos de manera conjunta.

**OBJETIVO 37.-**Desarrollo y despliegue de un protocolo/procedimiento consensuado de selección de centros de realización de EECC que permita una oferta competitiva a los promotores.

BIOEF actúa como ventanilla para la gestión de propuestas-de ensayos clínicos con Promotores que se encuentran en fase de selección de centros participantes, de modo que la totalidad de

los centros de Osakidetza son susceptibles de ser seleccionados para la realización de determinados EECC.

En noviembre de 2022 finalizó el desarrollo de la app EKIS y su integración con la herramienta Fundanet<sup>16</sup> para el volcado automático de la información referente a los EECC con tratamientos experimentales en Oncología (tumores sólidos).

Esta herramienta facilitará la comunicación entre profesionales, favoreciendo un acceso equitativo a todos los y las pacientes de la red a los EECC disponibles en Euskadi que se encuentran abiertos en fase de reclutamiento de nuevos pacientes.

Durante el año 2023, se creará un grupo de trabajo entre Osakidetza y BIOEF para valorar la integración y el uso de la herramienta a nivel corporativo, y planificar el proceso del despliegue de la misma.

En la siguiente tabla (tabla 9) se muestra el número de ensayos clínicos activos en cada año durante el período 2018-2022.

**Tabla 9 - Número de EECC activos en cada año durante el período 2018-2022**

AÑO	Nº DE ENSAYOS CLINICOS CON MEDICAMENTO INICIADOS	Nº DE ENSAYOS CLINICOS CON MEDICAMENTO ACTIVOS
2018	18	125
2019	32	133
2020	27	145
2021	40	163
2022	23	151

**OBJETIVO 38.-** Definir y desarrollar un ámbito colaborativo para el desarrollo de investigación traslacional en Medicina Personalizada en Cáncer de acuerdo con la estrategia de especialización inteligente (RIS3).

La estrategia RIS3 Euskadi 2030 incluye la Salud Personalizada como una de sus tres prioridades. La Salud Personalizada representa un cambio de paradigma en investigación e innovación que sitúa al sistema sanitario público vasco ante importantes retos que tendrán un gran impacto en el diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer en Euskadi. En este sentido, entre las áreas temáticas que se están abordando dentro de esta prioridad destacan la medicina genómica, con especial énfasis en cáncer, y las terapias avanzadas.

<sup>16</sup> Herramienta de gestión integral de I+D+i del sistema sanitario público vasco.

En el caso de la medicina genómica, se está trabajando a nivel estratégico en el análisis y elaboración de una estrategia a seguir en investigación y desarrollo en genómica para su aplicación al sistema de salud. De manera más específica, se impulsarán proyectos colaborativos, en un inicio a nivel del sistema sanitario, para el despliegue de la genómica como herramienta de apoyo al diagnóstico clínico, con un primer caso de uso centrado en biopsia líquida en cáncer de pulmón.

Por otra parte, en relación con las terapias avanzadas, se ha elaborado, y contrastado con empresas vascas y agentes de la RVCTI, el plan de ordenación de terapias avanzadas en Euskadi. Destacan principalmente la investigación y capacidades del ecosistema vasco en terapias CAR-T, pero también otras terapias CAR basadas en células NK, en ambos casos aplicadas a cánceres hematológicos, así como líneas de investigación en terapias CAR dirigidas a tumores sólidos.

Con el fin de impulsar la investigación en la prioridad Salud Personalizada y concentrar las esfuerzos y capacidades del ecosistema vasco de salud en este ámbito, la convocatoria de Ayudas a proyectos de investigación y desarrollo en salud del Departamento de Salud prioriza las propuestas con mayor encaje en las áreas temáticas RIS3. Esto incluye las dos áreas mencionadas anteriormente, Medicina Personalizada-Genómica y las Terapias Avanzadas, en las cuales las propuestas están principalmente centradas en investigación oncológica. Además, la convocatoria prioriza las propuestas que apuestan por la colaboración, tanto dentro del propio sistema sanitario público vasco (participación de diferentes Centros de Investigación Sanitarios, así como personal investigador y clínico-asistencial) en la línea de Promoción de la actividad investigadora sanitaria, como con otros agentes de la RVCTI en la línea de Potenciación de la investigación en salud de carácter estratégico.

Por último, hay que indicar que la oncología es el área temática con mayor porcentaje de proyectos de investigación en el sistema sanitario público vasco, el nº de proyectos ha ido aumentando cada año:

**Tabla 10 – Número de Proyectos de Oncología activos en Euskadi**

AÑO	Nº proyectos ONCOLOGIA
2018	122
2019	132
2020	148
2021	159

#### **OBJETIVO 39.- Fomento de los programas de Innovación Quirúrgica.**

Este objetivo responde al considerar la innovación en tecnología quirúrgica del cáncer un área emergente, de amplio impacto potencial, en base al desarrollo de tecnologías como la impresión

3D, la realidad aumentada, simulación, etc. Todo ello en un contexto territorial de elevado nivel tecnológico industrial en áreas de fabricación avanzada, maquinaria, herramientas altamente tecnificadas, etc.

Al objeto de potenciar y fomentar la innovación quirúrgica el POE planteaba la creación de centros de referencia para técnicas quirúrgicas complejas y como punto de partida planteaba la necesidad de:

- Generar un "mapa de innovación quirúrgica" registrando las áreas de investigación, en sus diferentes estadios de desarrollo, en la CAPV.
- Establecer unos criterios de calidad en innovación quirúrgica asociados a los centros de referencia para cirugía oncológica compleja.

Este objetivo no ha tenido prácticamente desarrollo, más allá de las experiencias en el Hospital de Cruces para la utilización de la tecnología de impresión 3D para generar reproducciones sobre las que ensayar la técnica quirúrgica.

#### **¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?**

Tras el análisis de las actuaciones que se han abordado en el contexto del Eje de la Investigación e Innovación, puede decirse que, aunque ha habido actuaciones vinculadas con los 4 objetivos, tan solo en el objetivo 36 se puede considerar que las medidas han sido eficaces, en el resto de los objetivos, aunque algunos de los indicadores se han cumplido, de las actuaciones desarrolladas surgen dudas sobre la eficacia para responder a los objetivos que se plantean.

La Plataforma Onkobide incluye todos los EECC disponibles a nivel de la red de Osakidetza para facilitar la derivación de pacientes entre los centros (objetivo 36).

De los tres objetivos el objetivo 37, Desarrollo y despliegue de un protocolo/procedimiento consensuado de selección de centros de realización de EECC que permita una oferta competitiva a los promotores y objetivo 39, fomento de los programas de innovación quirúrgica, no se han encontrado evidencias sólidas para valorar su eficacia. A las personas entrevistadas no les consta la existencia de un protocolo consensuado de selección de centros de realización de EECC que permita una oferta competitiva a los promotores

Además, se han podido echar de menos líneas de investigación importantes en materia de cáncer que el POE no contemplaba como por ejemplo: estrategias de cribado en cáncer, detección precoz y fases tempranas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el ámbito poblacional; métodos diagnósticos de baja invasividad; terapias avanzadas; tumores pediátricos incurables; nutrición, psico-oncología, cuidados paliativos y continuos; atención en el final de la vida del paciente oncológico y libertad de decisión; servicios sanitarios y resultados en salud; resultados comunicados por la población afectada (Patient Report Outcomes- PRO).

#### **¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?**

Contar con la Plataforma Onkobide para el tratamiento sistémico de los y las pacientes oncohematológicos, que incluya todos los EECC disponibles a nivel de la red de Osakidetza para

facilitar la derivación de pacientes entre los centros, así como que todo el conjunto de profesionales implicados pueda consultar en esta herramienta los protocolos de investigación clínica abiertos para reclutamiento en cada uno de los hospitales, se considera un logro.

Igualmente, es de destacar la creación de la Unidad Conjunta de Investigación Clínica en Cáncer Infantil con la implicación del Hospital Universitario de Cruces y el Hospital Universitario de Donostia, y la coordinación de BIOEF, en el camino de facilitar el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes con cáncer a las mismas terapias y que se puedan beneficiar de los mismos estudios clínicos, independientemente de su lugar de residencia.

Hay que destacar igualmente, el impulso a la genómica y las terapias avanzadas con la implantación de la terapia CAR-T en el Hospital Donostia, puede considerarse un gran logro.

Un aspecto a destacar es que la estrategia RIS3 Euskadi 2030 incluye la Salud Personalizada como una de sus tres prioridades.

### **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS...?**

---

A pesar de que cada vez es más habitual la colaboración entre la investigación y la asistencia, todavía hay un amplio recorrido para la mejora en la transferencia de pruebas asistenciales desde la investigación a la asistencia, estableciendo sinergias para dar respuesta a las necesidades actuales y futuras. Recientemente, se compró un equipo de secuenciación masiva en Biobizkaia y se planteó que lo utilizaran de forma conjunta entre el personal asistencial y de investigación. Actualmente se está gestionando la primera licitación conjunta, en la que se va a dar la colaboración, se trata del concurso para la Contratación de una plataforma corporativa, implantación y puesta en funcionamiento en Osakidetza para el almacenamiento y análisis de estudios genómicos.

Otra barrera que ha sido fundamental para avanzar ha sido la necesidad de profesionales, tanto de nuevos perfiles, como el reconocimiento de los que ya están, la necesidad de contar con la especialidad en genética... pero también de profesionales del ámbito de la bioinformática, matemática, biotecnología, biólogos moleculares etc. Necesidad de nuevos perfiles para explotar las capacidades tecnológicas, el uso masivo de datos, y la innovación abierta. Relevo generacional que alie, o incluya, la faceta clínico-asistencial con la investigación y la innovación

Dificultades para la incorporación de innovaciones, basado en la evidencia, para beneficio de las y los y las pacientes, del sistema sanitario.

Obtención y manejo de los datos. El acceso a datos para la investigación. Viene un reglamento europeo que obligará a proporcionar los datos en 2025.

Visión economicista ante terapias, tratamientos... tecnologías sanitarias que frenan su incorporación en la cartera de servicios del sistema sanitario.

### **RETOS**

---

La nueva *Estrategia de Investigación e Innovación en salud 2022-2025*<sup>17</sup> identifica entre sus siete objetivos la *Especialización de los IIS hacia la excelencia*, y para ello establece dos líneas estratégicas:

- Diseñar un modelo de gobernanza regido por la especialización que permita el trabajo en red en torno a programas de investigación comunes.
- Definir un nuevo marco de evaluación interna de la excelencia investigadora de los IIS que contribuya a alcanzar los objetivos de la red en su conjunto (objetivos corporativos).

En este contexto la identificación y priorización de las líneas de investigación de los Institutos sanitarios vascos (IIS) se considera un ejercicio necesario para orientar mejor su actividad y facilitar la coordinación y alinear esfuerzos y recursos.

Además, el nuevo “Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030” (PCTI 2030)<sup>18</sup>, presentado el Consejo de Gobierno el 23 de febrero de 2021 para su aprobación, representa la apuesta estratégica de Euskadi por la Investigación y la Innovación. Este nuevo PCTI 2030 identifica entre sus prioridades estratégicas lo que denomina Salud Personalizada, y sus líneas de actuación:

1. Medicina Personalizada y Terapias Avanzadas:
  - Medicina genómica: biomarcadores.
  - Terapias avanzadas: Inmunoterapia contra el cáncer –medicamentos CAR-T, terapia celular y terapia génica.
2. Salud Digital y Big Data
3. Envejecimiento saludable

---

<sup>17</sup> [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrat\\_invest\\_innov\\_2022\\_2025/es\\_def/adjuntos/estrategia\\_invest\\_innov\\_es.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrat_invest_innov_2022_2025/es_def/adjuntos/estrategia_invest_innov_es.pdf)

<sup>18</sup> <https://www.euskadi.eus/pcti-2030/web01-a2pcti30/es/>

## 2.3 ¿Cuáles han sido los principales factores de éxito, así como las principales debilidades y barreras al desarrollo efectivo del Plan Oncológico?

### ¿LA GOBERNANZA DEL POE (ÓRGANOS, ROLES, PROCESOS DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN...) HA RESULTADO ADECUADA Y EFICAZ?

El POE ha contado con una Gobernanza que ha sido clave en su despliegue y seguimiento, con una figura de Coordinación del POE, con amplia dedicación, y los Consejos Asesores, el general y el pediátrico.

Además, tanto el modelo asistencial como el enfoque de la MPP crean figuras y foros que contribuyen a dicha Gobernanza, tal y como se recoge en la figura 4.



Figura 4 – Esquema Foros/Órganos en el POE

### Coordinadora del POE

En relación con la **Coordinadora del POE**, la mayoría de los interlocutores conocedores de esta figura, la valoran muy positivamente, por considerar que ha sido clave en el despliegue del POE, en su seguimiento y evaluación anual, haciendo de correa de transmisión y facilitando la coordinación entre los diferentes agentes implicados en dicho despliegue. Otro aspecto que se valora positivamente es el hecho de que la persona que asume esta función haya mantenido una cierta actividad asistencial, lo que le ha permitido estar al tanto de la realidad del día a día de las organizaciones, de las principales problemáticas, necesidades, etc. Adicionalmente, un

aspecto que algunas de las personas entrevistadas valorarían positivamente sería que tuviera una mayor con capacidad para la toma de decisiones.

La Coordinadora ha contado con algunas personas colaboradoras, creando un equipo de coordinación reducido, de carácter informal, que ha permitido una mayor cercanía del POE al día a día de la actividad, y un apoyo a la coordinación. Se valora positivamente.

### **Consejo Asesor del Cáncer**

El **Consejo Asesor sobre el cáncer en Euskadi** se crea en el año 2006, como órgano consultivo para el asesoramiento técnico en materia de las enfermedades oncológicas, a través de la Orden de 8 de mayo de 2006, del Consejero de Sanidad, por la que se crea el Consejo Asesor sobre el Cáncer en Euskadi<sup>19</sup>, en el marco de lo dispuesto en el Decreto 121/2005, sobre el régimen de los Consejos Asesores del Departamento de Sanidad. Posteriormente ha habido varias actualizaciones con la publicación de diferentes órdenes, principalmente motivadas por la renovación de su composición. Está adscrito al Departamento de Salud, sin participar en su estructura jerárquica, y actualmente lo componen una Presidencia una Secretaría y 18 vocales designados por la Consejera de Salud, entre los que se encuentran representantes de las sociedades vascas de cuidados paliativos, patología digestiva, ginecología y obstetricia, patología respiratoria, medicina familiar y comunitaria, representantes del Departamento de Salud y de Osakidetza, de oncología médica, Oncología radioterápica hematología oncológica y Pediatría, un representante de la Asociación española contra el Cáncer.

La Orden establece las siguientes funciones: proponer medidas para la consecución de los objetivos de salud y el desarrollo de las estrategias contempladas para el área de las enfermedades oncológicas en el PS; informar y asesorar en relación con todo el proceso oncológico; informar y asesorar en relación a los aspectos organizativos, SSII, Indicadores, resultados de las evaluaciones, líneas de investigación; proponer y, en su caso, colaborar con el Departamento de Salud en la elaboración de programas de intervención sanitaria. En opinión de algunas personas interlocutoras, ha sido más un foro en el que se comparte la información sobre el despliegue del POE, y no tanto de asesoramiento en relación con el proceso oncológico, con los aspectos organizativos, SSII, etc.

Aunque está establecido que se reúna con una frecuencia semestral, la realidad es que los años 2020 y 2021 no se ha reunido, coincidiendo con la pandemia.

### **Comité Autonómico de Coordinación Asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y en adolescentes**

---

<sup>19</sup> [https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2006/05/08/\(2\)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/](https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2006/05/08/(2)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/)

La implementación del POE ha llevado a la creación del **Comité Autonómico de Coordinación Asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y en adolescentes**, el 19 de noviembre de 2019, en el que también participa una representación de Cantabria. Su constitución se formaliza en el año 2021 a través de la Orden de 1 de marzo de 2021, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Comité de Coordinación asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y de la adolescencia de Euskadi<sup>20</sup>. Está adscrito al Departamento de Salud, sin participar en su estructura jerárquica, y actualmente lo componen una Presidencia, una Secretaría y 13 vocales designados por la Consejera de Salud.

Siendo sus funciones: elaborar la oferta asistencial para Euskadi para el cáncer infantil y en la adolescencia; analizar y definir los criterios clínicos de actuación; elaborar y aplicar los protocolos de gestión de pacientes; Proponer los y las profesionales o centros designados para diagnosticar y tratar a cada paciente concreto y coordinar las actuaciones en red de los mismos; garantizar a cada paciente su inclusión en el protocolo terapéutico más efectivo, seguro y actualizado de acuerdo con la evidencia disponible; promover la participación de las y los pacientes pediátricos con cáncer en estudios multicéntricos y EECC, en los que queden especificadas las tareas y responsabilidades a realizar por cada centro de acuerdo a la normativa vigente; Garantizar la formación continuada y conjunta de las y los profesionales involucrados en el equipo asistencial; Impulsar y monitorizar programas de formación/educación a la población afectada y familias; Evaluar los resultados, identificar problemas, áreas de mejora y facilitar asesoramiento y adecuación en materia de objetivos asistenciales; facilitar la coordinación con la institución competente en apoyo social al conjunto de pacientes y a sus familias; fomentar el seguimiento a largo plazo de las y los supervivientes para control de secuelas a largo plazo, recidivas, etc.

Entre las personas entrevistadas se trata de un foro bien valorado, por considerarlo operativo y que responde a las funciones establecidas. Al igual que el Consejo Asesor no se reunió durante la pandemia.

### **Modelo Asistencial**

El Eje III del POE plantea un Modelo Asistencial orientado a lograr un enfoque multidisciplinar en la atención oncológica, de manera que se tomen las mejores decisiones sobre el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y el apoyo a cada paciente. Este modelo contribuye a la gobernanza del POE y su despliegue a través de las OOSS, y está basado en las siguientes figuras: Comisiones de Tumores CoT, Comité de tumores CT, Médico/a referente, Red de Enfermeros/as de enlace y Oncólogo/a de enlace.

Su descripción y valoración se realiza dentro del Eje III – Modelo Asistencial.

---

<sup>20</sup> [https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2021/03/01/\(3\)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/](https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2021/03/01/(3)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/)

### Medicina personalizada y de precisión

Igualmente, con el despliegue del Eje IV Medicina Personalizada se han creado diferentes figuras necesarias para el abordaje de la MPP: Comité para la Planificación y Gestión de la Medicina Personalizada de Euskadi CPGMPP, dos unidades referentes para el diagnóstico molecular oncológico, Comités de Oncología Molecular (COM), y el futuro COM corporativo.

Su descripción y valoración se realiza dentro del Eje IV – La Medicina Personalizada.

### ¿EL POE CONTÓ CON RECURSOS FINANCIEROS SUFICIENTES?

El POE no ha contado con un presupuesto específico, sin embargo, en el despliegue de sus objetivos las necesidades presupuestarias que se han ido identificando y solicitando se han ido ejecutando.

### ¿EL POE CONTÓ CON RECURSOS HUMANOS CUALIFICADOS Y SUFICIENTES?

El POE ha contado con la figura de la Coordinadora del POE, clave para su despliegue y seguimiento.

Además, fruto del Modelo de Asistencial que el propio POE plantea, han surgido figuras específicas principalmente en el ámbito de la enfermería con las figuras de Enfermero/a Coordinador/a de la Red de Enfermeros/as del POE (una en cada OSI con Servicio de Oncología), el/la Enfermero/a Minbizi Referente Fase Diagnóstico y el/la Enfermero/a Gestor/a de Caso Plan Terapéutico Oncológico. En el despliegue de este modelo la realidad de las OSIs ha sido diferente, con diferente nivel de dedicación por parte de la enfermería, y en muchos casos compaginando las funciones derivadas del POE con actividades que los y las profesionales ya venían asumiendo anteriormente.

Igualmente, para el despliegue de la MPP se crea la figura de la Coordinadora para la MPP y Terapias Avanzadas.

A futuro, pensando en el futuro POE, algunas personas trasladan la necesidad de contar con nuevos perfiles profesionales en el ámbito de la bioinformática, matemática, biotecnología, biólogos moleculares, etc.

Ver Ejes III Modelo Asistencial, Eje IV Medicina Personalizada y Eje V Investigación e Innovación.

### ¿LOS SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL POE HAN PERMITIDO CORREGIR DEBILIDADES E INCREMENTAR SU EFECTIVIDAD?

Anualmente se ha procedido a hacer un descargo de actividad de los objetivos que se ponía en común en el Consejo Asesor pero la opinión generalizada es que no podría considerarse evaluaciones en sentido estricto sino más bien una puesta en común de los datos de actividad y las actuaciones realizadas.

### **¿HA HABIDO UNA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES AGENTES INVOLUCRADOS EN LA PUESTA EN MARCHA DEL POE?**

---

A pesar de que a la aprobación del POE se estableció una dinámica para organizar su difusión, una representación importante de entre los agentes entrevistados y los grupos focales, trasladan carencias en la comunicación del POE, tanto tras su aprobación como durante el despliegue. Es una realidad que algunos colectivos, hoy en día, desconocen el POE. Esta situación es más evidente entre el colectivo de profesionales pertenecientes a OSIs que no disponen de servicios de oncología, pero no solo.

Se trata de un aspecto para el análisis y la mejora de cara al futuro POE, tal y como el propio Consejo Asesor traslada en su reflexión.

### **¿CUÁLES HAN SIDO LAS PRINCIPALES BARRERAS, CARENCIAS QUE HAN OBSTACULIZADO SU FORMULACIÓN E IMPLANTACIÓN?**

---

Para ser un primer POE, y haber concurrido en medio de su despliegue una pandemia, el nivel de implantación del Plan tiene que valorarse como de muy positivo. Además, su puesta en marcha ha permitido la visibilización de las áreas más débiles y/o principales carencias donde en un próximo plan habrá que hacer más hincapié, cuestiones y aportaciones que se recogen en el capítulo 3: Conclusiones y lecciones aprendidas y capítulo 4: Recomendaciones.

## 2.4 Efectos de la Pandemia COVID-19

Del informe de seguimiento anual del POE año 2022 y su Anexo 7, que recoge la comparecencia parlamentaria de la Consejera de Salud, el Director de Planificación, y la Coordinadora del POE para informar sobre la evolución de los objetivos del POE, se han extraído algunos de los contenidos que hacen referencia a la respuesta durante la pandemia COVID-19:

- *En toda la red asistencial se mantuvo la actividad de todos los CT para valoración de los casos oncohematológicos tanto del personal adulto como de la población infantil con cáncer.*
- *En cuanto a la actividad quirúrgica en los distintos centros se priorizaron las urgencias y se mantuvo la cirugía oncológica en la medida de lo posible adaptándose ésta a la alta ocupación de UCI en el pico de la pandemia.*
- *Fue necesaria una reorganización completa de los servicios de radioterapia para adoptar las medidas de protección que garantizasen la seguridad del paciente oncológico.*
- *De la misma forma llevaron a cabo la práctica totalidad de los tratamientos sistémicos oncológico...*
- *Los EECC de la red sanitaria no se vieron interrumpidos como consecuencia de la pandemia. Se contó con protocolos específicos para la población afectada incluida en estudios con infección COVID-19 contraída durante el desarrollo de estos.*
- *De forma general, se potenció la utilización de herramientas de comunicación telemática en CT y otros entornos multidisciplinares fundamentales en la atención al paciente con cáncer.*
- *En los momentos de máxima prevalencia de Covid19 funcionó la Farmacia Domiciliaria para garantizar el acceso a fármacos orales sin tener que acudir el o la paciente al hospital.<sup>21</sup>*

Adicionalmente, durante la pandemia:

- *Disminuyó la actividad de los programas de cribado.*
- *Disminuyó la frecuencia de las reuniones de las CoT.*
- *Dificultad en AP y hospitalaria para evaluar los síntomas de sospecha de cáncer por la menor accesibilidad y un mayor uso de consultas no presenciales.*

---

<sup>21</sup> Memoria POE 2022 - Comparecencia en Comisión: Evaluación Plan Oncológico de Euskadi.

## 3 CONCLUSIONES, LECCIONES APRENDIDAS Y RETOS

### 3.1 Rol del Plan Oncológico

El POE 2018-2023 es la referencia estratégica básica a partir de la cual se elaboran y despliegan las actuaciones y programas en materia de cáncer. Se trata de un marco adecuado para reflexionar y poner en común los principales problemas en torno al cáncer y las necesidades específicas de la población en Euskadi, y refleja el compromiso político para hacer todo lo posible en la adopción de las medidas necesarias.

Además, el POE no es una estrategia aislada, sino que debe estar alineada con otras estrategias, políticas, planes... que de alguna manera velan por la salud de la población de Euskadi, desde el Plan Europeo de lucha contra el cáncer, el Plan de Salud de Euskadi, el Plan Estratégico de Osakidetza, y, en materia de investigación e innovación, con la Estrategia de Investigación e Innovación de Euskadi, entre otros.

En el caso concreto del PS, el POE ha desplegado todas las acciones recogidas en el Objetivo 2.5 Cáncer del PS 2013-2020, orientado a *Promover un modelo de atención a personas con cáncer a través de equipos multidisciplinares orientados a la atención integral, integrada, personalizada y coordinada, y todas las acciones*.

En lo que afecta al PE de Osakidetza, en el momento de aprobación del POE estaba en vigor el PE 2017-2020 con objetivos vinculados con la prevención y promoción de la salud, los programas poblacionales de cribado, el registro de cáncer, agendas de investigación e innovación en áreas de interés como el cáncer, etc. El POE ha sido clave para desplegar el PE de Osakidetza en los objetivos vinculados específicamente o de manera más global con el cáncer.

Además, hay otras estrategias más específicas como la Estrategia de Investigación e Innovación de Euskadi, la Estrategia de Seguridad del Paciente, el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi o el Plan de Humanización Corporativo, entre otras, que deben estar alineadas y asegurar la coherencia cuando se trata del abordaje con pacientes con cáncer.

En lo que afecta al alcance del POE, a través de los 6 Ejes, sus 39 objetivos y 12 subobjetivos, se contemplan los principales aspectos que deben tratarse en el abordaje del cáncer a lo largo de toda la cadena de valor, con enfoque integral y multidisciplinar. No obstante, dado el enfoque principalmente asistencial que se le pudo dar al POE en el momento de su elaboración, no aparecen intervenciones vinculadas con algunos determinantes sociales de la salud como son el entorno, principalmente la contaminación ambiental, así como la perspectiva de la equidad en salud. Además, aunque se recogen objetivos vinculados con colectivos específicos, como la población infantil y adolescente, las personas mayores, y los largos supervivientes, hay un alto nivel de consenso sobre la necesidad de que el futuro POE profundice más en sus necesidades y actuaciones.

El cuadro de mando del POE es, asimismo, un instrumento fundamental para garantizar su efectividad como herramienta estratégica. El POE 18-23 identifica, al menos, un indicador por cada uno de sus Objetivos, más orientados a monitorizar el grado de despliegue de la acción que subyace en cada caso. Se detecta heterogeneidad en cuanto a su naturaleza, se mezclan indicadores de impacto con indicadores de proceso o de cumplimiento de las acciones asociadas a los objetivos, con un peso específico similar a la hora de valorar el grado de cumplimiento de los objetivos. La principal lección aprendida es que el cuadro de mando del futuro POE, deberá responder a un doble objetivo: el poder monitorizar y hacer seguimiento del progreso en el despliegue del plan, y para ello se puede recurrir a indicadores más instrumentales, de proceso; y poder evaluar la eficacia de las actuaciones y el logro de los objetivos, se trataría de indicadores de resultado, de impacto en términos de valor en salud, bienestar y calidad de vida.

La efectividad del POE como herramienta estratégica también depende en gran medida de los mecanismos de gobernanza y gestión que se establezcan para su despliegue y seguimiento. El POE 18-23 ha contado con diferentes foros y figuras que han facilitado su despliegue, y el propio plan ha apostado por la definición de un Modelo Asistencial que ha contribuido a fortalecer la gobernanza. Con la experiencia de este primer POE, y la valoración positiva de la figura de coordinación, una lección aprendida es la necesidad de potenciar y reforzar dicha figura, hacia un posible enfoque más de equipo de Coordinación, revisar la composición de los Consejos Asesores adaptándola a las necesidades del POE y la incorporación de nuevas figuras, analizar el modelo asistencial definido y su contribución al despliegue del POE a las OOSS.

Finalmente, en relación con la comunicación, una lección aprendida es la necesidad de planificar y abordarla tanto en el momento de la aprobación del POE como durante su desarrollo y despliegue.

## 3.2 Principales contribuciones y logros

La existencia de un Plan Oncológico, el primero en Euskadi y a nivel estatal, se considera un logro en sí mismo, tanto por las materias que trata, como por su despliegue durante estos cinco años, coincidiendo además con la pandemia COVID-19.

El POE ha puesto el foco en La Persona como Eje de la Atención, planteando, además del objetivo de mejorar la supervivencia al cáncer, la relevancia de la actitud del sistema hacia la humanización de la atención oncológica, proponiendo un objetivo específico para ello.

En esta línea el POE ha procurado extender el foco en la persona al conjunto de profesionales del sistema a través de los programas de formación diseñados para quienes no son especialistas en oncología y que han demostrado metodológicamente su valía incluyendo a la población paciente en los materiales formativos a través de sus testimonios.

En lo que afecta a la Acción intersectorial en oncología. Promoción de entornos saludables y programas de diagnóstico precoz poblacionales, se debe considerar la contribución del Plan sobre todo en el ámbito del diagnóstico precoz poblacional con los programas de cribados, a pesar de la incidencia de la pandemia. En el periodo de vigencia del Plan se culmina la implantación del cribado de cérvix y se ha trabajado en el estudio de ampliación de nuevos cribados.

Además, ha propiciado la incorporación de iniciativas para avanzar en la implantación de modelos de seguimiento y evaluación de los resultados de la atención oncológica los resultados en salud y calidad de vida que afectan a los y las pacientes (Onkobide, Medicina basada en valor...). En lo que respecta a la medicina basada en valor, Osakidetza ha logrado ser un referente a nivel estatal y europeo, convirtiendo su experiencia en un caso de éxito que ha aportado muestra y metodología.

El Modelo Asistencial, los objetivos que persigue y los elementos que lo componen se considera un logro. Un modelo asistencial implantado en todo Osakidetza, que ayuda a homogeneizar las formas de hacer y que beneficia a toda la población objeto, independientemente de su lugar de residencia. Un modelo que apuesta por el enfoque multidisciplinar en la atención oncológica, que cuenta con profesionales, conocimientos, habilidades, experiencia de todos los niveles asistenciales y actividades.

Del modelo asistencial definido cabe destacar la Red de Enfermeros/as del POE, en su papel facilitador de su despliegue, así como en el enfoque que se le ha dado y los diferentes roles definidos e implantados, que permiten un abordaje completo del proceso oncológico, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. El impulso a los CT basados en el trabajo multidisciplinar, que, aunque algunos ya existían antes, el POE les ha dado un sentido en un contexto de modelo asistencial. Contar con Circuitos rápidos, para poder dar una atención diferencia a la población afectada con cáncer, y contar con un objetivo de tiempos máximos de respuesta.

Asimismo, otro aspecto importante del modelo ha sido el abordaje de la pediatría, con la creación del Comité Autonómico de Coordinación Asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y en adolescentes y el funcionamiento en red entre los dos hospitales que actúan como referentes. Esto ha facilitado la coordinación de los casos, la apertura de ensayos clínicos en ambos centros, favoreciendo de esta forma el logro de la equidad.

En relación con la MPP, aunque con retraso, se han sentado las bases y se ha creado la estructura y liderazgo necesario para definir la futura Estrategia de la MPP y las Terapias Avanzadas, en materia de cáncer que deberá contemplar el futuro POE.

### 3.3 Principales retos del Plan de Oncológico

#### Teniendo en cuenta el CONTEXTO:

- La **Misión Cáncer** propone como objetivo global lograr avances en la próxima década que permitan salvar al menos 3 millones de vidas en Europa. En líneas generales busca alargar la

esperanza de vida de los/las pacientes oncológicos/as, lograr una mayor calidad de vida - también para los/las supervivientes y el entorno familiar- y consolidar mecanismos que eviten o retrasen la aparición de la enfermedad. La Misión Cáncer considera que, para lograr intervenciones efectivas en los pilares de prevención, diagnóstico y tratamiento, y para mejorar la calidad de vida de las personas expuestas al cáncer, es necesario un mejor entendimiento integral de la enfermedad. Por ello, la mejor comprensión de los factores y mecanismos que causan el cáncer constituyen la base sobre la que se sustentan los citados tres pilares de prevención, diagnóstico y tratamiento. Como pilar transversal, se espera conseguir un acceso equitativo/igualitario a todas las intervenciones que se desarrollen en todos los países de la UE.<sup>22</sup>

- Esta Misión contribuirá a los objetivos del **Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer**<sup>23</sup>, que constituye un compromiso político para invertir la tendencia en la lucha contra el cáncer y es un paso más hacia una Unión Europea de la Salud fuerte y una Unión más segura, mejor preparada y más resiliente. Apoya el trabajo de los Estados miembros para prevenir esta enfermedad y garantizar una elevada calidad de vida a los y las pacientes y supervivientes de cáncer, sus familias y personal cuidador, y está estructurado en torno a los ámbitos clave en los que la UE puede añadir más valor:
  1. La prevención.
  2. La detección precoz.
  3. El diagnóstico y tratamiento.
  4. La calidad de vida de los y las pacientes y supervivientes de cáncer.

En los próximos años, se centrará en la investigación y la innovación, aprovechará el potencial que ofrece la digitalización y las nuevas tecnologías y movilizará instrumentos financieros para apoyar a los Estados miembros.

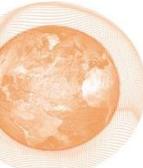
- **El PS 2030**<sup>24</sup>, plantea un conjunto de 10 Objetivos y sus líneas estratégicas, unos más finalistas, más de resultado, que concretan un horizonte de salud para diferentes grupos de población; otros más instrumentales, más orientados a aspectos estructurales que son necesarios para conseguir los objetivos de salud señalados anteriormente. Siendo todos ellos susceptibles de orientar actuaciones de interés en el abordaje del cáncer, es el Objetivo 2, *Mejorar la salud y reducir la morbilidad* el que de una manera más directa establece el marco de referencia para la elaboración del futuro POE, siendo sus objetivos específicos:
  1. Lograr que la población de Euskadi adopte conductas saludables y reducir al mínimo su exposición a factores de riesgo, creando condiciones favorables.
  2. Prevenir los riesgos y abordar precozmente los problemas de salud asociados.

---

<sup>22</sup> <https://www.horizonteeuropa.es/misiones>

<sup>23</sup> [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_es](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_es)

<sup>24</sup> [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf)

- 
3. Abordar la enfermedad y discapacidad causante de mayor pérdida de AVAD con criterios de equidad, calidad y eficiencia.
  4. Empoderar e involucrar a la ciudadanía en la atención y aumentar su adherencia a los programas de prevención y asistenciales.
  5. Avanzar en la coordinación de la atención sanitaria, social y de salud pública en actividades de promoción, prevención y abordaje de las enfermedades.
- **El Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030” (PCTI 2030)**, que identifica entre sus prioridades estratégicas lo que denomina **Salud Personalizada** y sus líneas de actuación, entre otras:
    - Medicina Personalizada y Terapias Avanzadas:
      - Medicina genómica: biomarcadores.
      - Terapias avanzadas: Inmunoterapia contra el cáncer –medicamentos CAR-T, terapia celular y terapia génica
    - Salud Digital y Big Data
    - Envejecimiento saludable.

#### Teniendo en cuenta el POE ANTERIOR Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

- Definir un **Plan con objetivos finalistas** que se puedan medir periódicamente. Para ello hay que tomar decisiones en relación con la gestión de la información de los registros, y contar con un Modelo de Gestión del registro de cáncer en tiempo real mediante un sistema conectado con las diferentes fuentes de las que se nutre, principalmente el registro hospitalario, de manera que se unifique la información, se consiga una mayor eficiencia y se pueda hacer el seguimiento de las actuaciones y valorar su eficacia.
- Avanzar en la mirada **transversal de la enfermedad y el enfoque ACP**. El Plan Oncológico no es algo que tiene que ver con los Servicios de Oncología médica, Oncología Radioterápica, Hematología oncológica o Pediatría oncológica, es una enfermedad prevalente en Euskadi que necesita una respuesta integral del sistema sanitario en su conjunto. En este sentido señalar que en este enfoque global tiene que estar presente la atención psicosocial que es reclamada por las personas enfermas de cáncer como pieza del proceso, atención que actualmente es cubierta en gran parte por las asociaciones.
- Adecuar el **Modelo de Gobernanza** para lograr una acción más compartida y mejor coordinada entre Departamento y Osakidetza y en ésta entre las OOSS, de los objetivos que se marque el próximo Plan. Valorar la conveniencia en el próximo plan de contar con una figura de dirección del Plan acompañada de un pequeño equipo de coordinación para el despliegue de los objetivos que se propongan. Así mismo se recomienda incorporar mecanismos que aseguren una gestión dinámica sin perder la esencia y visión a la que aspire el Plan.

- Considerar el modelo de **conexión** más adecuado **con la sanidad privada y la salud laboral** en relación con el trasvase de información y la atención asistencial.
- El **Modelo Asistencial**, tras la experiencia de los cinco años de vigencia del POE, va a necesitar un ejercicio de reflexión y revisión específico, valorar los logros, identificar las BBPP, las principales dificultades, lo que ha funcionado y lo que no, y sobre la base de lo que ya existe avanzar hacia un modelo que siga apostando por la integración, la visión multidisciplinar, la implicación de la enfermería, la importancia del diagnóstico precoz y los circuitos rápidos, el rol del médico/a de familia, tanto en la parte de la parte de prevención, como en el seguimiento del proceso y la continuidad asistencial, cuando toma el relevo del tratamiento oncológico... Es un momento de oportunidad aprovechando la experiencia vivida y las lecciones aprendidas.
- Sobre la base de lo ya trabajado, a través de las diferentes iniciativas, el reto va a estar en el abordaje con **enfoque global del proceso del paciente con cáncer**; que contemple todas las fases del proceso, diagnóstico, tratamiento, seguimiento; que se midan los resultados en salud, incluyendo la experiencia de los y las pacientes; y que se extienda su implantación a todas las OSIs.
- Integrar la mirada del **cuidado paliativo y de la Atención Primaria** en el próximo Plan:
  - Apostar de verdad por poner a la persona en el centro y aplicar enfoques más abiertos de cuidados compartidos (profesionales/paciente) y equipos multidisciplinares.
  - Posibilitar una mejor conexión con AP. Se deben habilitar canales para contactar y hacer interconsultas ágiles y eficientes. El personal de primaria debería conocer y participar de alguna manera en el proceso oncológico de sus pacientes para proporcionar una mejor atención
- Gracias a los avances en los tratamientos, están mejorando los índices de supervivencia en muchos casos, es necesario incorporar la **perspectiva del paciente largo superviviente** en el nuevo POE.
- **Avanzar en el desarrollo de la MPP** tiene implicaciones sobre la decisión terapéutica, mucho más multidisciplinar y basada en nuevas tecnologías de oncología de precisión, con el objetivo claro de seleccionar solo a aquellas personas afectadas que se puedan beneficiar del tratamiento a partir de los datos facilitados por los análisis genéticos o moleculares y garantizando el acceso equitativo y riguroso de la totalidad de la población susceptible de recibir la asistencia. La MPP va a suponer un cambio en la manera de abordar la enfermedad, que va a requerir una reflexión profunda en torno a aspectos éticos y economicistas.
- **En el ámbito de la investigación e innovación**, la identificación y priorización de las líneas de investigación de los Institutos sanitarios vascos (IIS) se considera un ejercicio necesario para orientar mejor su actividad y facilitar la coordinación y alinear esfuerzos y recursos. Un ámbito específico de investigación e innovación al que se ha dado importancia es el relativo a los cribados y diagnóstico precoz de la enfermedad.

## 4 RECOMENDACIONES

A partir de los Resultados de la Evaluación, las Conclusiones y Lecciones Aprendidas, se ha creado un capítulo específico para, en clave de futuro, recoger las recomendaciones que el equipo de evaluación ha considerado pertinente realizar al objeto de que se tengan en cuenta en el futuro POE, tanto en cuanto al propio rol y relevancia del POE, su proceso de elaboración y el modelo de gestión para su despliegue y seguimiento así como aquellos aspectos que en clave de Futuros Retos sería interesante contemplar:

ROL DEL POE	
FORMULACIÓN. MISIÓN, VISIÓN Y PRINCIPIOS	<p>El POE debe establecer los <b>principios que deben guiar la estrategia, las políticas y las actuaciones con impacto en el abordaje del cáncer</b> (salud en todas las políticas, equidad, universalidad de la atención...).</p> <p>Además, en su formulación estratégica se valora interesante que se haga una reflexión compartida en relación con la Misión del POE y su aspiración a través de la definición de su Visión.</p>
ELABORACIÓN DEL POE	
PROSPECTIVA	<p>En el proceso de Reflexión del nuevo POE se recomienda incorporar la <b>visión prospectiva</b>, que ayude a <b>anticipar el futuro, a visualizar las grandes tendencias</b>, a prever situaciones de riesgo, a identificar aquellos aspectos que en el futuro pueden tener un gran impacto en el cáncer.</p>
PARTICIPACIÓN	<p>En el proceso de elaboración del futuro POE, en la medida que se valore el enfoque participativo, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con el cáncer</b>, al objeto de conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades. Se trata de contar con todos los grupos de interés, tanto en su elaboración como en los instrumentos de gobernanza y monitorización.</li><li>▪ Facilitar la <b>participación de profesionales asistenciales</b> en la elaboración del POE, que estén presentes en el día a día del</li></ul>

	<p>cumplimiento de los objetivos que se planteen para aportar la visión real y poder identificar de manera óptima los aspectos prioritarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Incorporar al paciente en el proceso.</b> Crear un foro de pacientes (panel de pacientes) que puedan participar en la elaboración y despliegue del POE, aportando el punto de vista del/la paciente.</li> </ul>
REFERENCIAS y ALINEACIÓN CON OTRAS ESTRATEGIAS	<p>El POE no es un plan aislado, sino que responde a una problemática compartida y a la que tiene que responder. Para ello será necesario tener en cuenta la referencia europea recogida en la <b>Misión Cáncer</b> y el propio <b>Plan europeo de lucha contra el cáncer</b>.</p> <p>Además, se debería contemplar la posibilidad de realizar un cierto benchmarking con experiencias que puedan aportar orientaciones y contenido, tanto estatales como europeas.</p> <p>En Euskadi, la referencia principal es el <b>PS 2030</b>, con sus 10 objetivos, y específicamente el objetivo que busca <i>Mejorar la salud y reducir la morbilidad evitable</i>.</p> <p>Adicionalmente, puede haber otros planes de carácter más transversal, no específicos de cáncer, pero que plantean objetivos y actuaciones orientadas, entre otros, a los y las pacientes con cáncer, y que será necesario contemplar, asegurando su alineación. Es el caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de Humanización.</li> <li>▪ Estrategia de Valor.</li> <li>▪ Plan de Cuidados Paliativos 2023-2027.</li> <li>▪ Estrategia de Seguridad del paciente.</li> <li>▪ Estrategia de trabajo en red.</li> <li>▪ Programa de Salud Infantil PSI.</li> <li>▪ Plan de Atención al mayor PAM.</li> <li>▪ Paciente Activo / Osasun Eskola</li> </ul> <p>...</p>
<b>DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DEL PLAN</b>	
GOBERNANZA	<p>La gobernanza debe ser coherente con la misión y los principios definidos, debe facilitar el logro de la visión y los objetivos establecidos, y debe contemplar aspectos vinculados con: el <b>liderazgo e impulso</b> en el despliegue y seguimiento del POE; el <b>compromiso</b> de todos los grupos de interés para asumir los Objetivos y las Líneas Estratégicas; el <b>apoyo y seguimiento</b> del despliegue; la <b>monitorización y evaluación</b> del despliegue del POE y el logro de objetivos.</p> <p>Del actual Modelo de Gobernanza, se recomienda reforzar la figura de la Coordinación del POE y la creación de un Equipo de Coordinación.</p>

	<p>Además, sería pertinente reflexionar sobre el Consejo Asesor, sus funciones, su operativa y las personas que lo integran , adecuando su composición a las necesidades que mejor respondan al futuro POE. Así como, establecer una sistemática de conexión y trabajo compartido con Salud Pública, el ámbito de la medicina del trabajo y la sanidad privada para contar con una panorámica más ajustada a la realidad del cáncer en Euskadi.</p> <p>Pensando en el futuro POE se recomienda incorporar mecanismos que aseguren una gestión dinámica sin perder la esencia y visión a la que aspira.</p>
CUADRO DE MANDO	<p>Además de indicadores ligados a objetivos, el POE debería contener una <b>batería de indicadores generales que monitoricen la evolución del cáncer</b>.</p> <p>Tomar decisiones con relación a la gestión de los datos del registro con el objetivo de disponer de datos lo más actualizados posibles.</p> <p>El POE debería establecer el marco y los mecanismos necesarios para poder evaluar el impacto de las intervenciones sobre una base científica, estableciendo la organización y las dotaciones de recursos necesarias para ello.</p>
RECURSOS	<p><b>Asegurar la dotación de los recursos humanos y económicos necesarios para el desarrollo del futuro POE.</b></p> <p>En relación con los recursos humanos la necesidad va a estar muy vinculada tanto a la gobernanza del POE, como al tipo de iniciativas que se decida poner en marcha (modelo asistencial, MPP...), en cuenta a su dimensionamiento y a las necesidades de nuevos perfiles profesionales (biólogos moleculares, bioinformáticos...).</p>

COMUNICACIÓN	<p>Definir la <b>Estrategia de Comunicación en relación con el POE</b>. Identificando los públicos objetivo, mensajes a transmitir a cada público, canales y acciones comunicativas tipo.</p> <p>El POE debe ser objeto de socialización entre todos los grupos de interés afectados, al objeto de darlo a conocer, de compartir sus principios y prioridades, de facilitar su comprensión y sensibilizar, para que todas las partes interesadas lo conozcan y sean conscientes de cómo podrán contribuir en su despliegue.</p> <p>Además, esta comunicación deberá continuar durante el periodo de despliegue del POE en coherencia con la Gobernanza establecida.</p>
<b>RETOS DEL FUTURO POE</b>	
ALCANCE	<p>El futuro POE deberá contemplar un alcance amplio, que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, la atención sanitaria, poniendo el foco en colectivos específicos (infancia y adolescencia; personas mayores; largos supervivientes; población adolescente y adulta joven (AYAs); pacientes con tumores poco frecuentes...), y el trabajo desde la innovación e investigación.</p> <p>Respecto del anterior POE, se recomienda ampliar el enfoque de hábitos de vida saludable al de hábitos y entornos saludables, haciendo más hincapié en la toma en consideración de las desigualdades en salud, en coherencia con el PS 2030.</p>
ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	<p>Mantener el enfoque ACP, reforzando los ámbitos de calidad asistencial que contribuyen a mejorar la experiencia del/la paciente y la toma de decisiones conjuntas en el transcurso de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cuidados paliativos.</p> <p>Incluir de forma sistematizada la voz del/la paciente y la perspectiva de género para lograr una mejor calidad asistencial. Además del tratamiento terapéutico personalizado que es imprescindible para mejorar la supervivencia, también entran en juego otros factores de carácter más emocional, psicológico, sociocultural, adopción de nuevos hábitos de vida más saludables e incluso de respuesta diferencial a los tratamientos según el sexo, que convendrá ir incorporando progresivamente como factores a tener en cuenta en un futuro plan.</p>

<b>COLECTIVOS ESPECÍFICOS</b>	<p>De la evaluación y el contraste con numerosos/as interlocutores/as se recomienda, además de las líneas estratégicas más transversales, identificar y poner el foco en determinados colectivos que requieren un abordaje específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Largo superviviente</li> <li>▪ Niños, niñas y adolescentes</li> <li>▪ Personas mayores</li> </ul>
<b>MODELO ASISTENCIAL</b>	<p>El <b>Modelo Asistencial</b>, tras la experiencia de los cinco años de vigencia del POE, va a necesitar un ejercicio de reflexión y revisión específico, valorar los logros, identificar las BBPP, las principales dificultades, lo que ha funcionado y lo que no, y sobre la base de lo que ya existe avanzar hacia un modelo que siga apostando por la integración, la visión multidisciplinar, la implicación de la enfermería, la importancia del diagnóstico precoz y los circuitos rápidos, el rol del/la médico/a de familia, tanto en la parte de prevención, como en el seguimiento del proceso y la continuidad asistencial, cuando toma el relevo... Es un momento de oportunidad aprovechando la experiencia vivida y las lecciones aprendidas.</p>
<b>MEDICINA PERSONALIZADA Y DE PRECISIÓN</b>	<p><b>Avanzar en el desarrollo de la MPP</b> tiene implicaciones sobre la decisión terapéutica, mucho más multidisciplinar y basada en nuevas tecnologías de oncología de precisión, con el objetivo claro de seleccionar solo a aquellas personas pacientes que se puedan beneficiar del tratamiento a partir de los datos facilitados por los análisis genéticos o moleculares y garantizando el acceso equitativo y riguroso de la totalidad de la población susceptible de recibir la asistencia. La MPP va a suponer un cambio en la manera de abordar la enfermedad, que va a requerir una reflexión profunda en torno a aspectos éticos y economicistas.</p>
<b>INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>	<p><b>En el ámbito de la investigación e innovación</b>, la identificación y priorización de las líneas de investigación se considera un ejercicio necesario para orientar mejor su actividad y facilitar la coordinación y alinear esfuerzos.</p>

	<p>La alineación con el <b>Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030" (PCTI 2030)</b>, que identifica entre sus prioridades estratégicas lo que denomina <b>Salud Personalizada y sus líneas de actuación.</b></p>
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	<p>Avanzar en la <b>integración de los diferentes sistemas de información</b> en los próximos años siguiendo con los avances realizados hasta el momento para mejorar tanto en el proceso asistencial del cáncer como en la evaluación de los resultados en salud.</p> <p>Extender iniciativas tales como Minbizi y Voice a todas las OSIs y en todos los tumores.</p>

## 5 ANEXOS

### 5.1 Anexo I. Documentación analizada

#### **Estrategias generales y Planes**

- Plan de Salud 2030.
- Plan de Salud 2013-2020.
- Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025.
- Plan Estratégico de Osakidetza 2017-2020.
- Estrategia de Seguridad del Paciente 2030.
- Estrategia de Investigación e Innovación en salud 2022-2025.
- Plan Estratégico de Cuidados paliativos de Euskadi 2023-2027.
- Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030.
- Estrategia RIS3 Euskadi.
- Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer.
- Plan Director de Actividad Física.
- Plan para el Desarrollo de la Genética en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

#### **Normativa:**

- ORDEN de 8 de mayo de 2006, del Consejero de Sanidad, por la que se crea el Consejo Asesor sobre el Cáncer en Euskadi.
- ORDEN de 1 de marzo de 2021, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Comité de Coordinación asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y de la adolescencia de Euskadi.
- ORDEN de 1 de marzo de 2021, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Comité de Planificación y Gestión de la Medicina Personalizada de Euskadi.
- Estándares y recomendaciones de calidad de las unidades asistenciales del Ministerio de Sanidad. Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.

**Informes:**

- Las cifras de cáncer en España 2023.
- Cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi 2001-2021.
- Estudio de la supervivencia del cáncer en Euskadi 2001-2012.
- Memorias POE 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 y sus Anexos.
- Memoria POE 2022 - Comparecencia en Comisión: Evaluación Plan Oncológico de Euskadi.
- Evaluación de los circuitos MINBIZI para el cáncer de pulmón, el cáncer de colon y el cáncer de mama a través de los formularios en Osabide Global. Solicitudes de 2022.

## 5.2 Anexo II. Personas interlocutoras entrevistadas

### TRANSVERSALES

- Ana Bustinduy Bascaran (Osakidetza, Subdirectora para la Coordinación de la Atención Hospitalaria).
- Inma Moro Casuso (Osakidetza, Subdirectora-Asesora de Enfermería).
- Lucía Gárate
- Lourdes Ochoa de Retana García (Osakidetza, Responsable Programa Paciente Activo).
- Irene Dúo Trecet (Osakidetza, Enfermera Programa Paciente Activo).
- Nicolás Guerra (IMQ, Director General).

### EJE 0. LA PERSONA COMO EJE DE LA ATENCIÓN

- Verónica Malda Salina (AECC, Gerente Bizkaia).
- Xabier Leizea Ortega (Umeekin, Gerente).
- Ainhoa Fernández Calvo (Aspanovas, Coordinadora).
- Josune Retegi Ormazabal (Osakidetza, Subdirectora corporativa de Desarrollo y Formación).
- Pako Serna Rodríguez (Osakidetza, Jefe del Servicio Corporativo de Desarrollo y Formación).

### EJE I. LA ACCIÓN INTERSECTORIAL EN ONCOLOGÍA. PROMOCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES Y PROGRAMAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ POBLACIONALES

- Ana Bustinduy Bascaran (Osakidetza, Subdirectora para la Coordinación de la Atención Hospitalaria).
- Inma Moro Casuso (Osakidetza, Subdirectora-Asesora de Enfermería).
- Lucía Gárate
- Elena Aldasoro Unamuno (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Salud Pública y Adicciones).
- María Isabel Portillo Villares (Osakidetza, Coordinadora Cribado Cáncer Colorrectal).
- Edurne Arenaza Lamo (Dirección de Asistencia Sanitaria, Jefa de Unidad Corporativa de Cribado de Cáncer de Cervix).
- Antonia Dávila Expósito (Dirección de Asistencia Sanitaria, Matrona Unidad Corporativa de Cribado de Cáncer de Cervix).
- Arantza Otegi Ariztondo (Osakidetza, Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama).
- Arantzazu Arróspide Elgarresta (Departamento de Salud, Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias, Responsable del servicio de Planificación).
- Aitor Guisasola
- (2 compañeras de Aitor Guisasola OSALAN, solicitados nombres)
- Enrique Peiró

## EJE II. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Jon Iñaki Betolaza San Miguel (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Farmacia).
- Blanca Segurola Lázaro (Osakidetza, Dirección Asistencia Sanitaria, Coordinadora del Programa Corporativo de Farmacia).
- Inés Gallego (Osakidetza, Subdirectora de Innovacion y Calidad OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces).
- Ane Fullaondo (Kronikgune, Directora Científica).
- Susana Iglesias (Jefa del servicio de desarrollo y mantenimiento de aplicaciones, subdirección de SSII e informática de Osakidetza)
- Maite Cuadrado Zubizarreta
- Arantza López de Munain

## EJE III. MODELO ASISTENCIAL

- José Antonio de la Rica Gimenez (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Director Atención Sociosanitaria).
- Sara Arévalo 8Osakidetza, Directora médica Hospital Universitario Donostia).
- Ander Urrutikoetxea.
- Itsaso Bengoetxea
- Jesús Sanchez
- Nany Perez Hoyos

## EJE IV. LA MEDICINA PERSONALIZADA

- Miren Nekane Murga Eizagaechavarria (Osakidetza, Coordinadora Medicina Personalizada y de Precisión).

## EJE V. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

- Lorea Mendoza

## 5.3 Anexo III. Grupos focales

### CONSEJO ASESOR SOBRE EL CÁNCER EN EUSKADI

- Miguel Sánchez Fernández. Presidencia. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias
- M<sup>a</sup> Ángeles Sala González. Secretaria. Coordinación despliegue POE 2018-2023
- Victoria Armenteros Yeguas. Vocal Servicios Sanitarios de Osakidetza
- Victor Bustamante Madariaga. Vocal Departamento de Salud
- Sara Arévalo Lobera. Vocal Servicios Sanitarios de Osakidetza
- Maite Escalante Martín. Vocal Sdad vasco-navarra de Patología Digestiva
- Josefa Ferreiro Quintana. Vocal Servicios Sanitarios de Osakidetza
- Purificación Martínez del Prado. Vocal Servicios Sanitarios de Osakidetza
- Raúl Poza de Celis. Vocal Servicios Sanitarios de Osakidetza
- Ander Urrutikoetxea Ribate. Vocal Servicios Sanitarios de Osakidetza
- Alberto Muñoz, oncología médica OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

### COMITÉ AUTONÓMICO DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER INFANTIL Y EN ADOLESCENTES

- Ana Bustinduy Bascaran
- Cristina Calvo Monge
- Elisa Garrote Llanos
- Enrique M. Ocio San Miguel
- Francisco Javier Fuertes Velez
- Itziar Vergara Mitxeltorena
- Jose Javier Uriz Monaut
- Juan Ignacio Montiano Jorge
- M. Iciar Astigarraga Aguirre
- M. Jesus Cabero Perez
- Marian Sala Gonzalez
- Ricardo Lopez Almaraz
- Miguel Sanchez Fernandez
- Susana Belaustegui (BIOEF)
- Xaber Leizea Ortega (ASPAÑOVAS BIZKAIA)

### COMISIONES DE TUMORES

- Lander Hijona Murumendaraz
- Javier Aitor Zabala Lopez de Maturana
- Edurne Omaetxebarria
- Jon Alexander Sisitiaga
- Jose M<sup>a</sup> Urraca de la Serna
- David Cantero Gonzalez

#### **GRUPO DE ENFERMEROS/AS COORDINADORES/AS DEL POE**

- Victoria Armenteros Yeguas (HUA)
- Ramon Muñoz Tena (HUB)
- Elena Perez Zabala (HUC)
- MªJose Esnaola Aguirrezab.(HUD)
- Esther Hernandez Santos (HUG)

#### **GRUPO DE PROFESIONALES ATENCIÓN HOSPITALARIA**

- Antonio Arruza
- Jose Mª Aritzeta
- Pedro P España
- Alberto Loizate
- Severina Dominguez
- Alberto Muñoz
- Jon Cacicedo
- Txema Urraca
- Jose Mª Guinea
- Carlos Panizo

#### **GRUPO DE PROFESIONALES ATENCIÓN PRIMARIA**

- Alberto Meléndez
- Maxi Gutiérrez
- Gina Larrieta Reategui

#### **GRUPO DE PACIENTES**

- Marisa Arriola (Onkologikoa)
- Enrique Pina (Onkologikoa)
- Rosa Iturbe Mendialdua (OSI Alto Deba)
- Enara González (HUC)
- Javier Frías (Paciente Activo)
- Leire Rodríguez (Paciente Activo)
- María Carmen Uriarte

#### **GRUPO DE PROFESIONALES DE OSI SIN SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

- Iñaki Urkidi (OSI Debabarrena – Jefe Serv Cirugía)
- Rafael Salvatiño (OSI Barakaldo-Sestao, Medicina Interna)
- Inés Carrascosa (OSI Uribe – Neumología)
- Begoña Lasa Inchausti (OSI Goierri – Med Interna)
- Ane Larrañaga Epelde (OSI Goierri – Med Interna)
- David Bravo Blanco
- Ester Marijuan Gomez
- David Avellanal Legarda