INMUNOTERAPIA DEL CÁNCER:

INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Dr. Juan Sylva.
Serv. de Farmacia Gral. de Alicante

Ponencias:

Dr. Alfonso Berrocal
Serv. de Oncología Gral. de Valencia
"Melanoma e Inmunoterapia"

Dr. Javier Gardé
Serv. de Oncología Arnau de Vilanova
"Avances en Cáncer de Pulmón"

Dr. José Luis Poveda
Serv. de Farmacia La Fe de Valencia
"Innovación y Sostenibilidad"

Patrocina:

Bristol-Myers Squibb

www.svfh.es @SVFH_

SIMPOSIO SATÉLITE

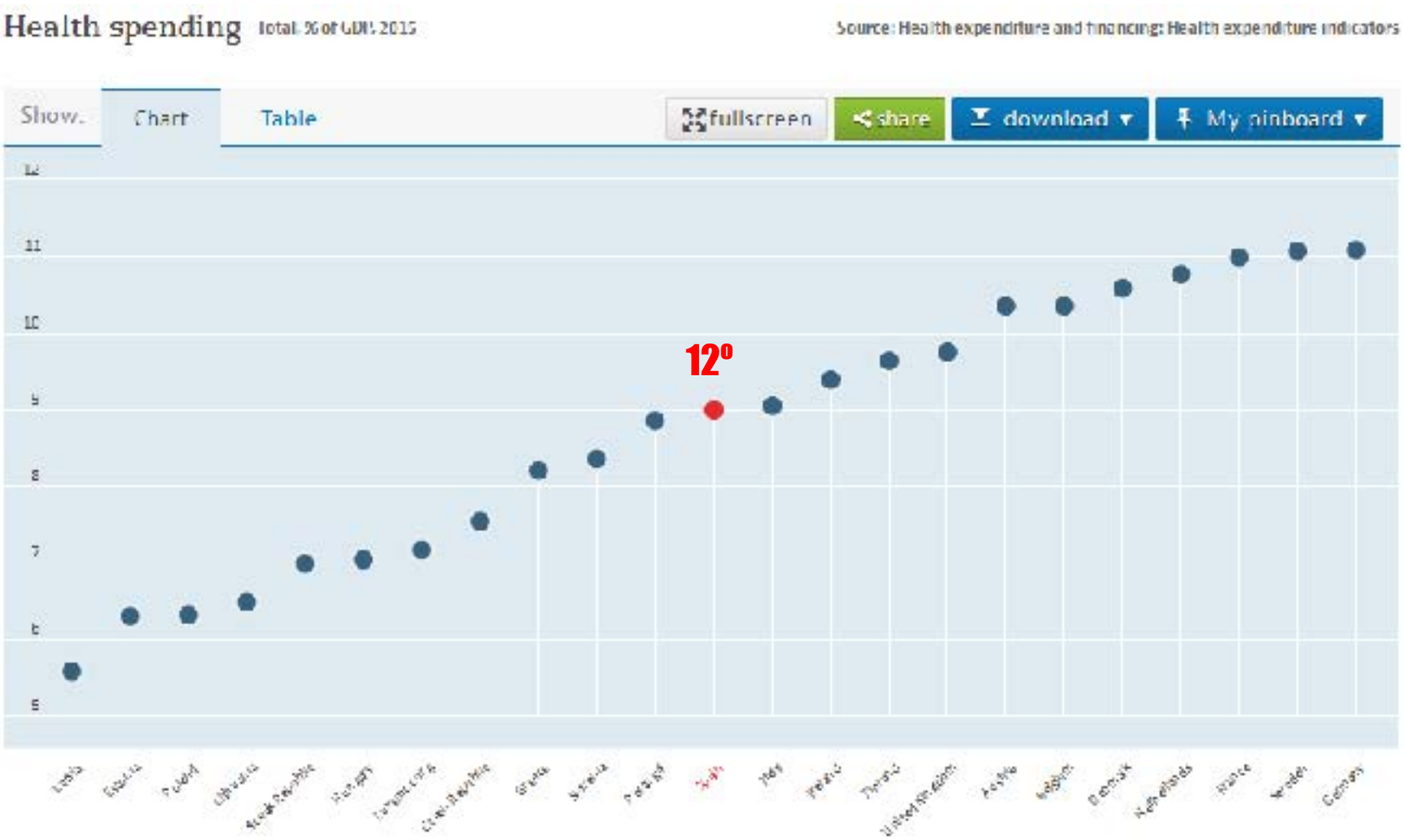
Innovación y Sostenibilidad

Inmunoterapia del cáncer

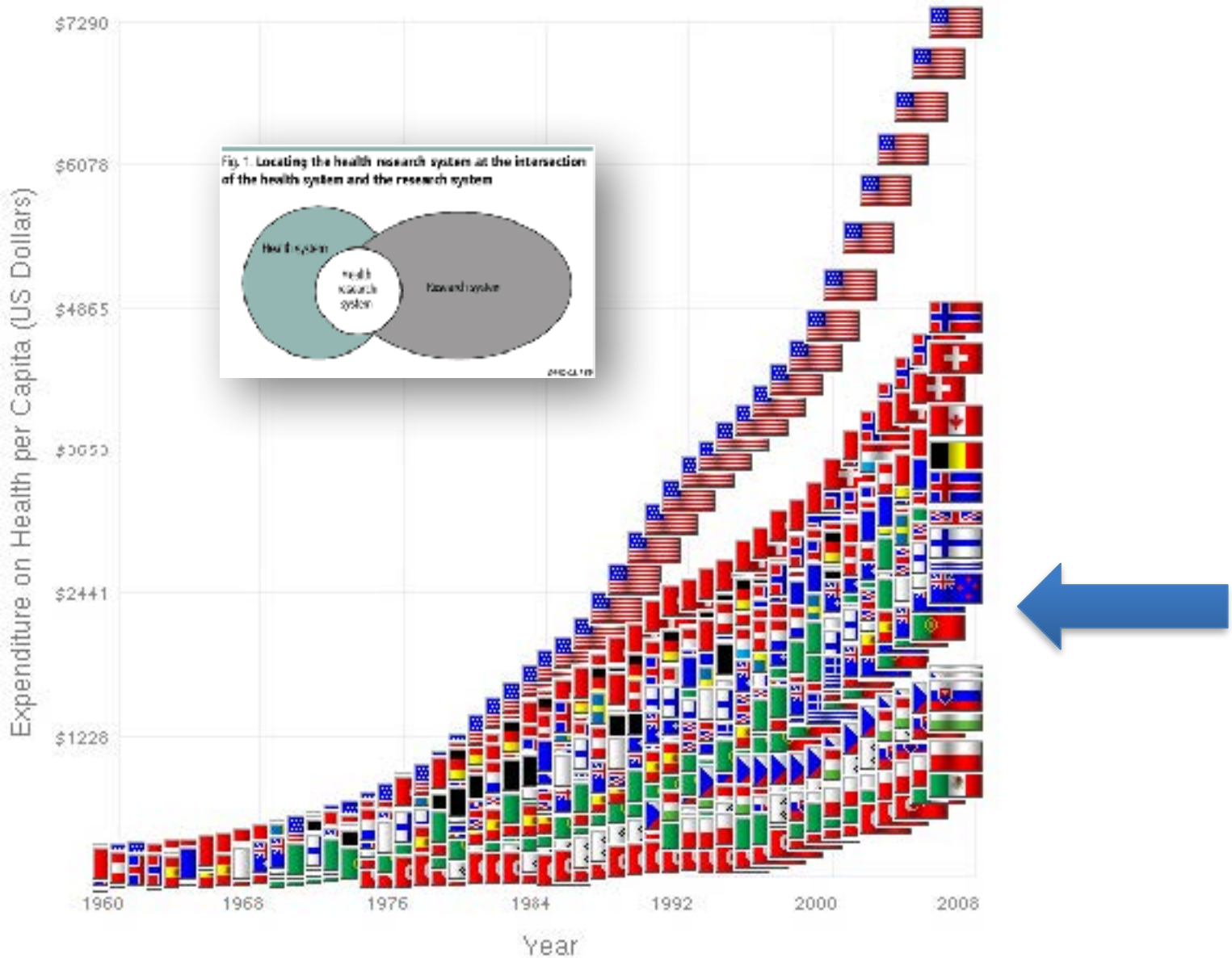
VI Congreso SVFH 2017

Dr. José Luis Poveda Andrés
Director del Área Clínica del Medicamento. Hospital UP La Fe
Twitter: @joseluis_pa

Gasto sanitario total (% PIB) en países de UE (2015)



by jameyer@jameyer.com

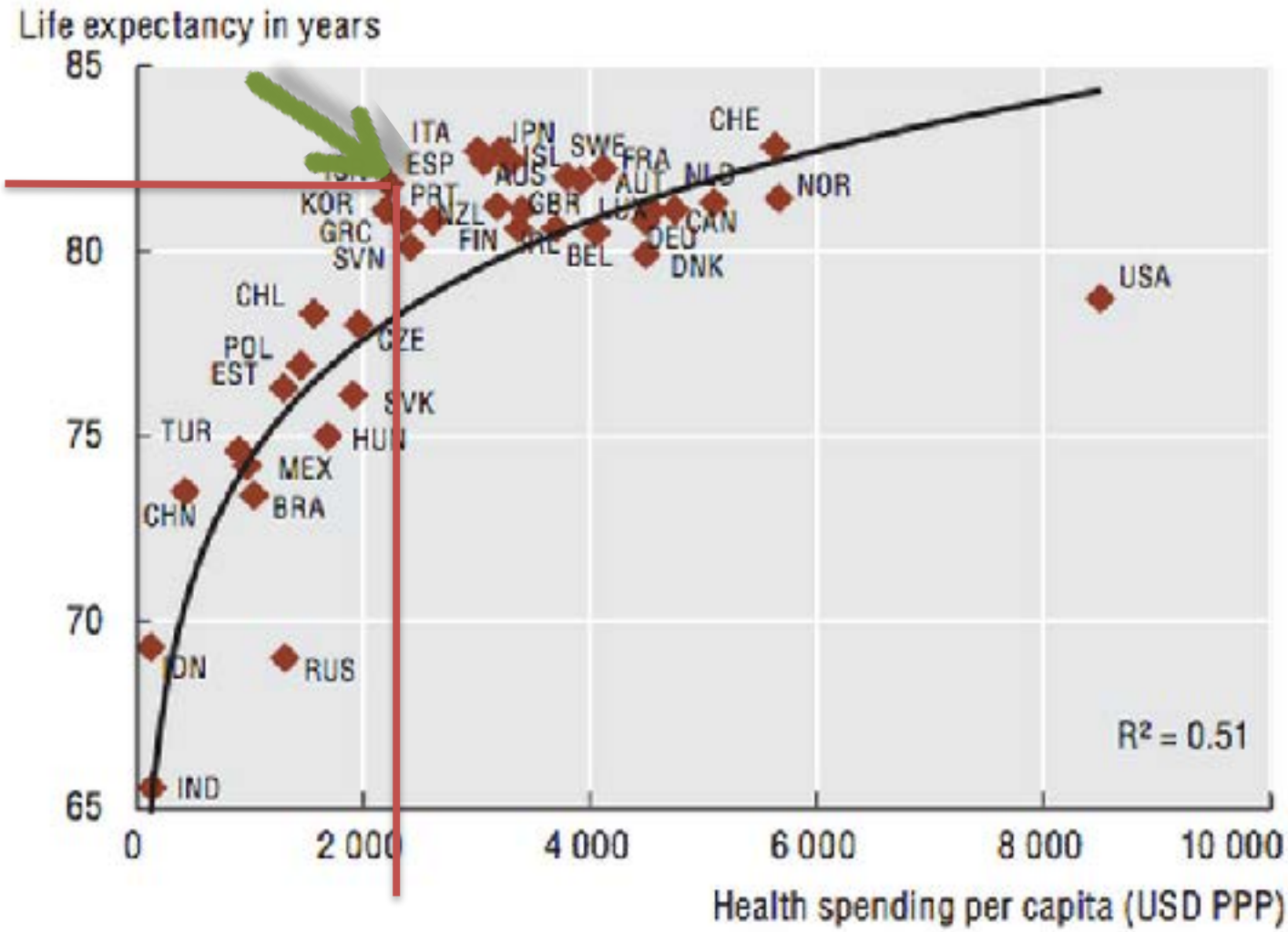


PROYECCIONES DEL INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO COMO % DEL PIB

Organismo	CE	OCDE	FMI
Período	2007-2060	2005-2050	2010-2050
Países	Unión Europea	OCDE	Avanzados
Escenario Central	1,5 pp.	-	3,0 pp.
Intervalo Confianza	0,7 - 2,4 pp.	2,0 - 3,9 pp.	2,1 - 4,1 pp.
Escenario Central (España)	1,6 pp.	-	1,6 pp.
Intervalo Confianza (España)	1,0 - 2,6 pp.	2,3 - 4,1 pp.	0,8 - 2,4 pp.

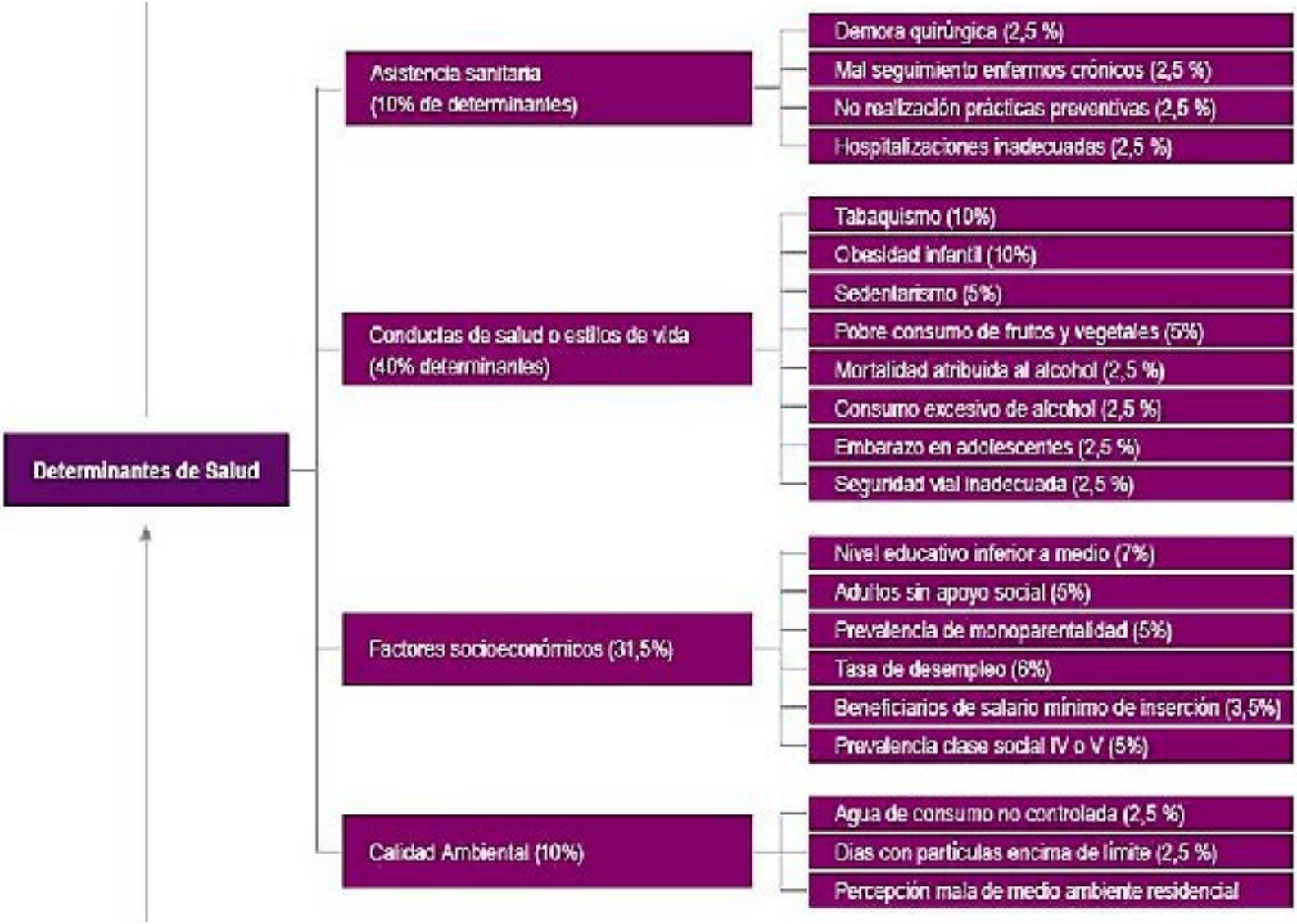
CE (2009)
FMI (2010)
Oliveira et al. Projecting OECD health and long term care expenditures: What are the main drivers?.OECD Working paper nº477, Paris. 2006

EFICIENCIA



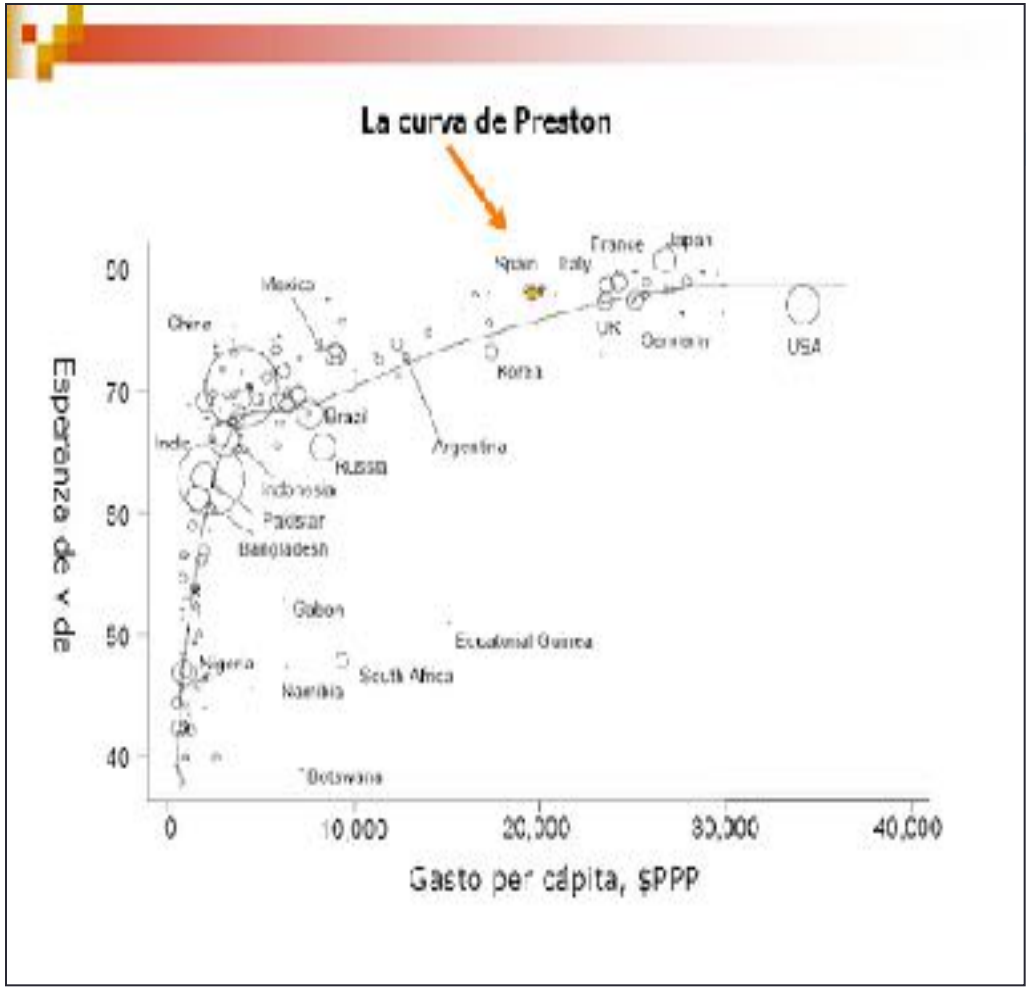
OECD Health Statistics 2013
http://dx.doi.org/10.1787//health-data-en, World Bank for non-OECD countries

DETERMINANTES DE SALUD



Observatorio de Salud Asturias. http://www.obsaludasturias.com/obsa/determinantes/?anio=2012

Pero la mera argumentación económica no deja ver el verdadero problema….



n SISTEMA profundamente INEFICIENTE..

…que traga recursos y genera grasa y residuos pero poca ***UTILIDAD***.

ANÁLISIS ENVOLVENTE DE DATOS (DEA)

Determinista y no paramétrico

Relaciona la producción (medida por la esperanza de vida) con los inputs (el gasto sanitario y las características socio-económicas de la población)

El país **eficiente** tendrá un índice de eficiencia unitario

Hernández de Cos P et al. Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE. Banco de España. 2011 http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/11/Fich/do1107.pdf

Gasto sanitario total/habitante en países de UE (2015)

COMPONENTES DEL GASTO SANITARIO

$$\Delta \log\left(\frac{GS}{Pob}\right) = \Delta \log(fdem) + \Delta \log\left(\frac{PIB}{Pob}\right) + \Delta \log(nodem)$$

Hernández de Cos P et al. Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE. Banco de España. 2011 http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/11/Fich/do1107.pdf

Oliveira et al. Projecting OECD health and long term care expenditures: What are the main drivers?.OECD Working paper nº477, Paris. 2006

COMPONENTES DEL GASTO SANITARIO

Factores demográficos

$$\Delta \log\left(\frac{GS}{Pob}\right) = \Delta \log(fdem) + \Delta \log\left(\frac{PIB}{Pob}\right) + \Delta \log(nodem)$$

Renta per cápita

Factor residual

Factores de oferta

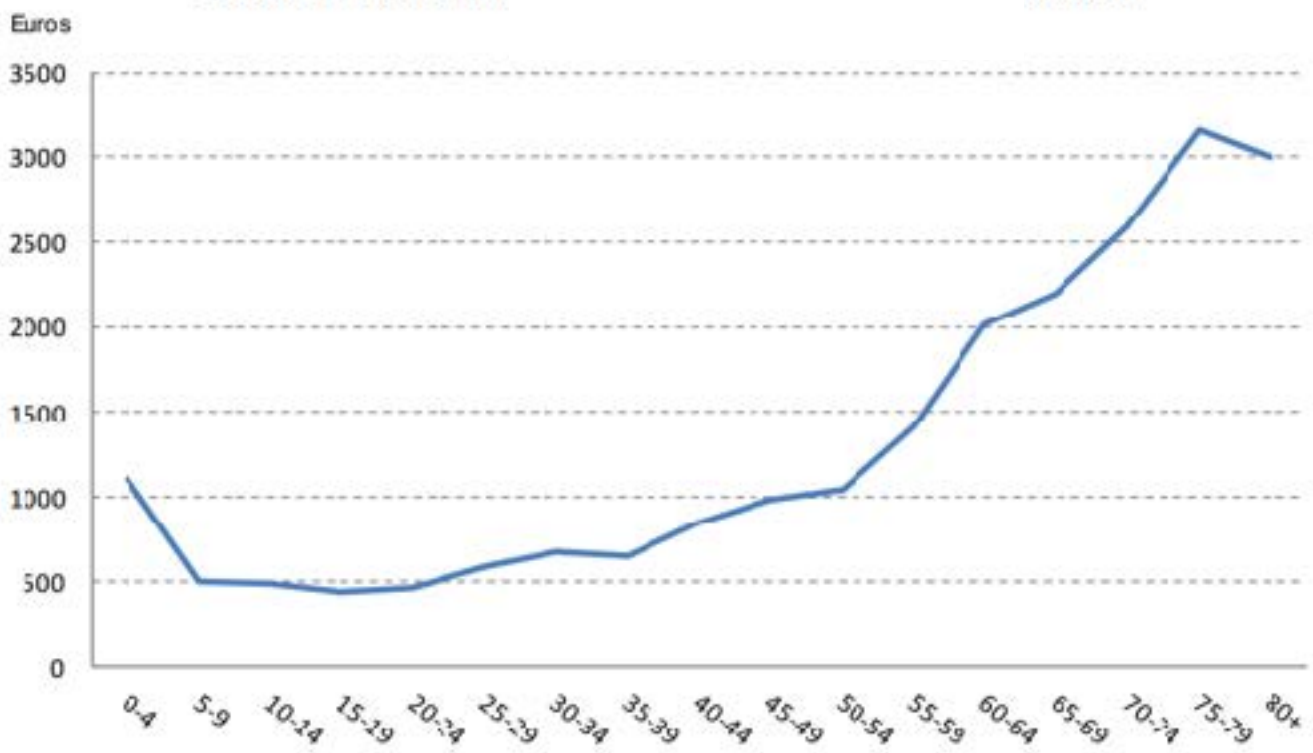
(evolución de costes y precios de los tratamientos)

Hernández de Cos P et al. Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE. Banco de España. 2011 http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/11/Fich/do1107.pdf

Oliveira et al. Projecting OECD health and long term care expenditures: What are the main drivers?.OECD Working paper nº477, Paris. 2006

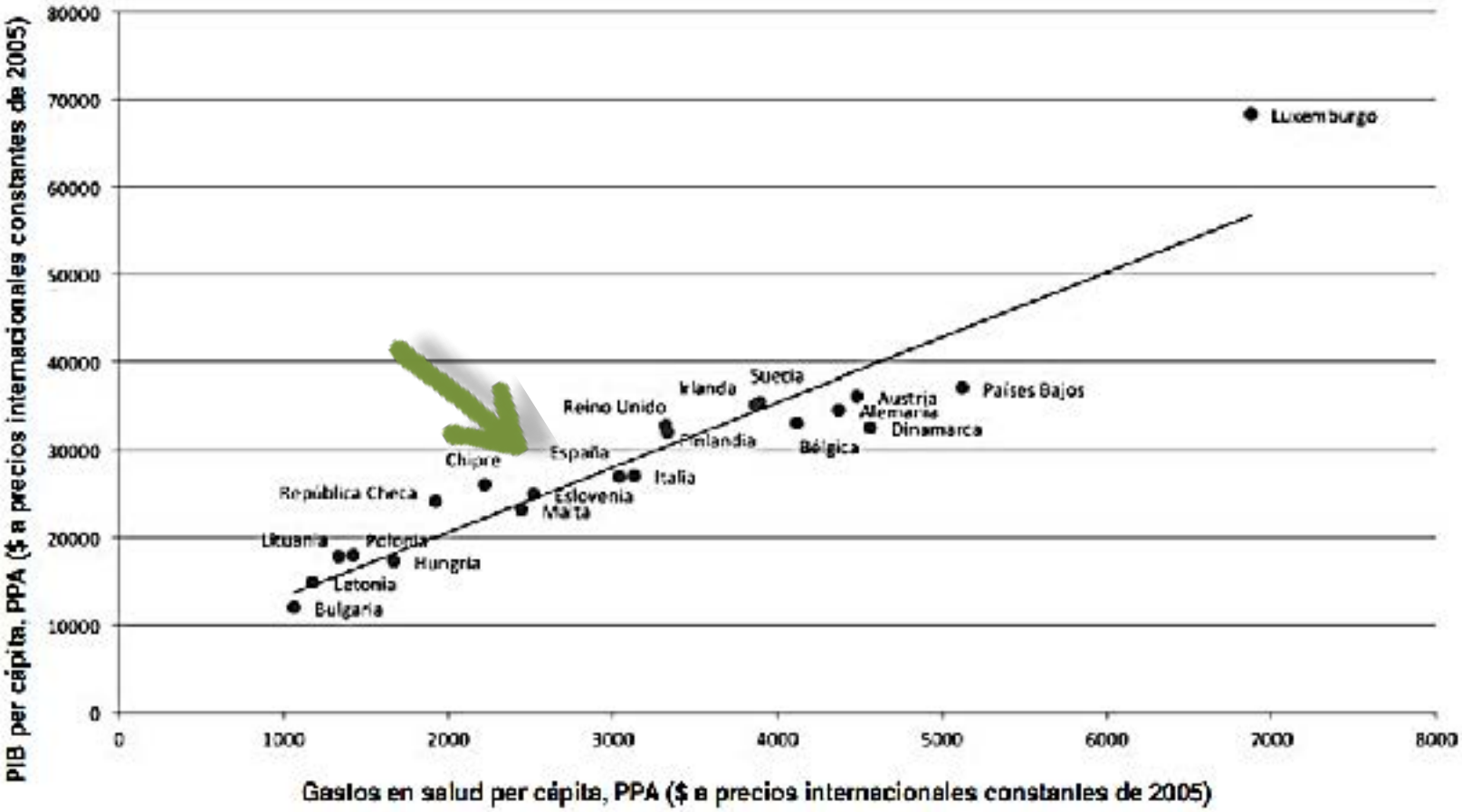
GASTO SANITARIO PER CÁPITA POR GRUPOS DE EDAD EN ESPAÑA

2005



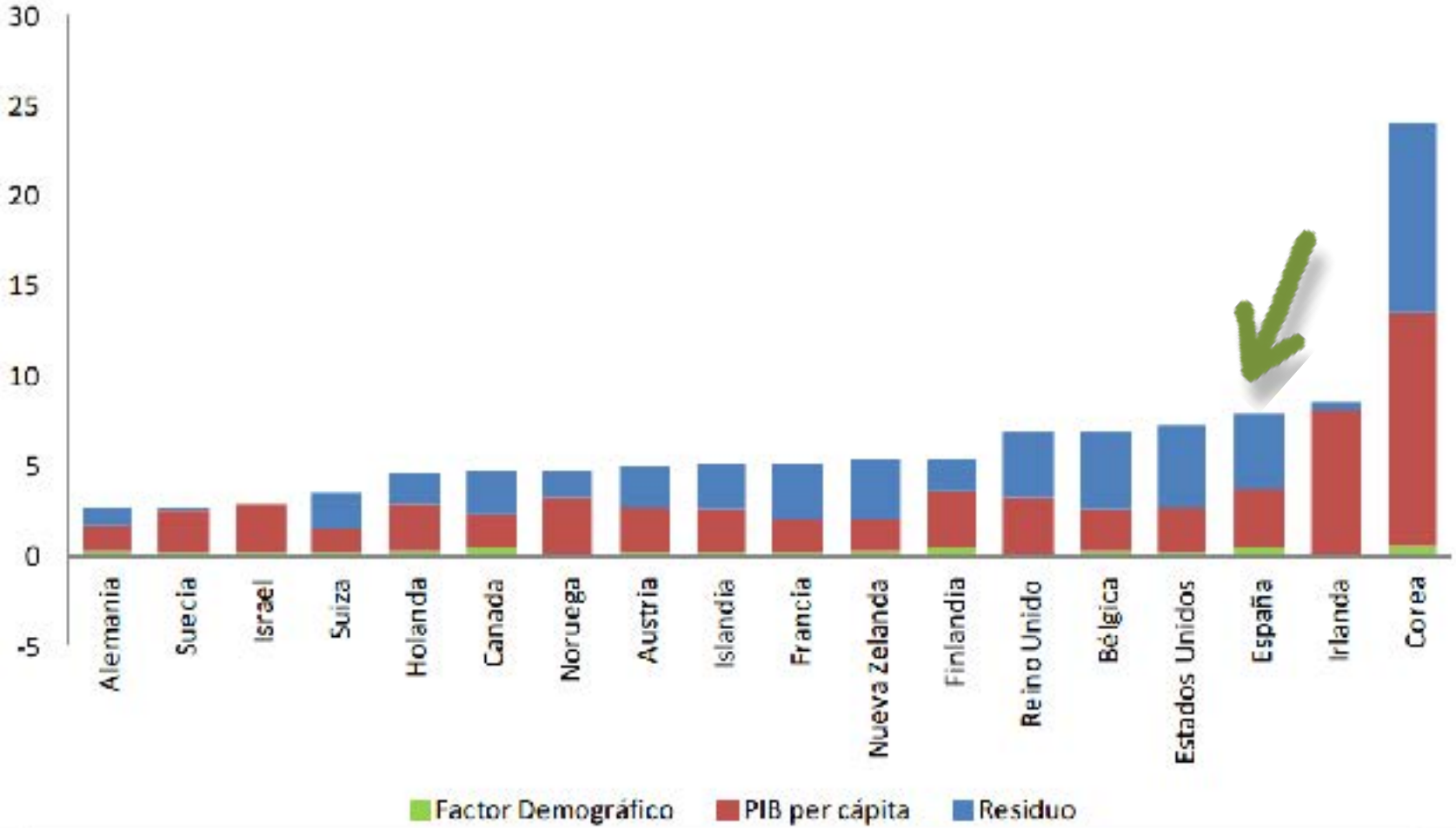
FUENTE: CE (2009).

RELACIÓN ENTRE EL PIB Y GASTO SANITARIO POR PERSONA EN 2011



Cuadernos de información sindical nº36. 2013

DESCOMPOSICIÓN DEL GASTO SANITARIO



Hernández de Cos P et al. Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE. Banco de España. 2011 http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/11/Fich/do1107.pdf

El crecimiento anual del gasto en sanidad per cápita en los países de la OCDE se debió:

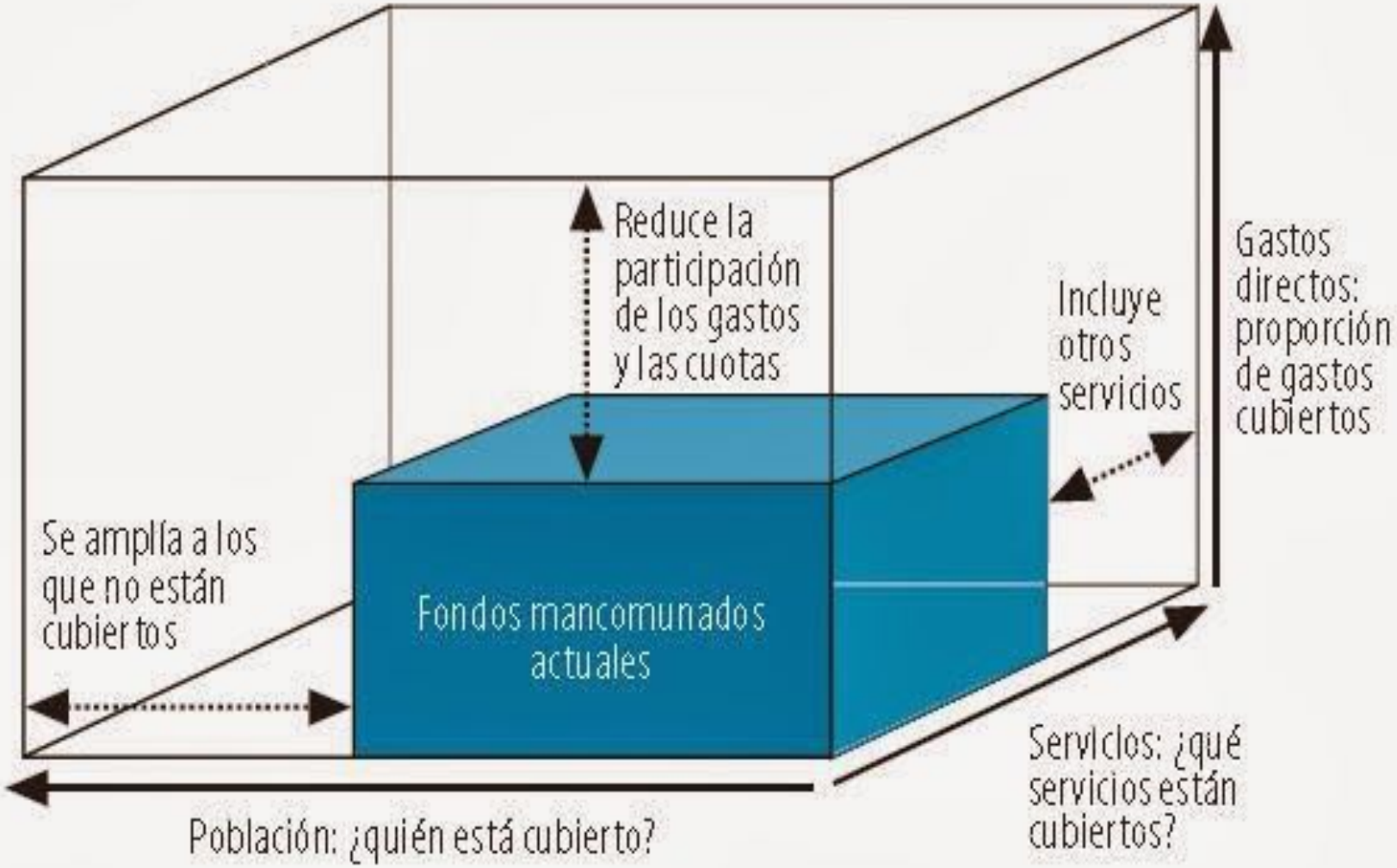
Incremento de la renta per cápita 52%

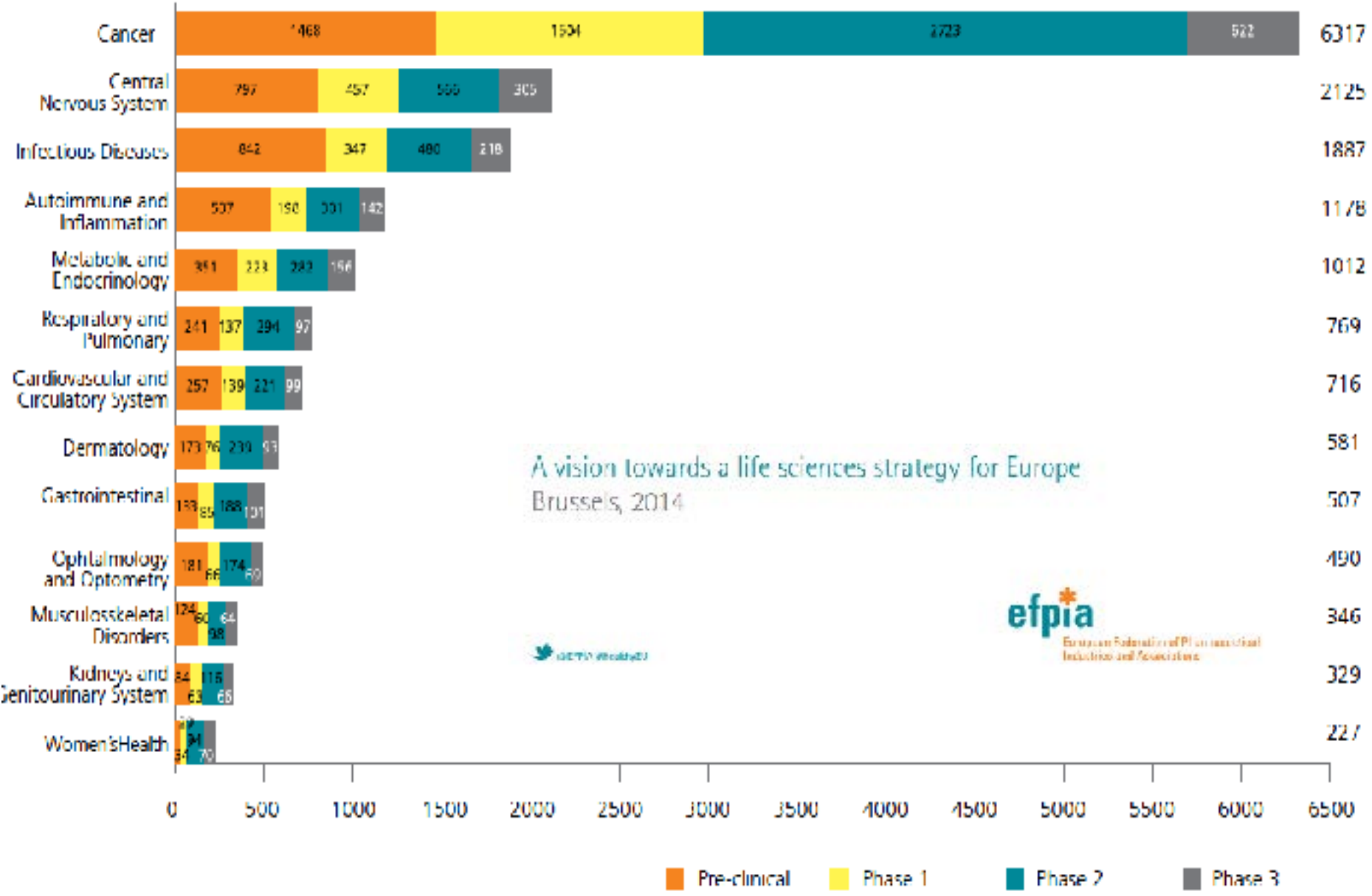
Factores residuales 44%

Hernández de Cos P et al. Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE. Banco de España. 2011 http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/11/Fich/do1107.pdf

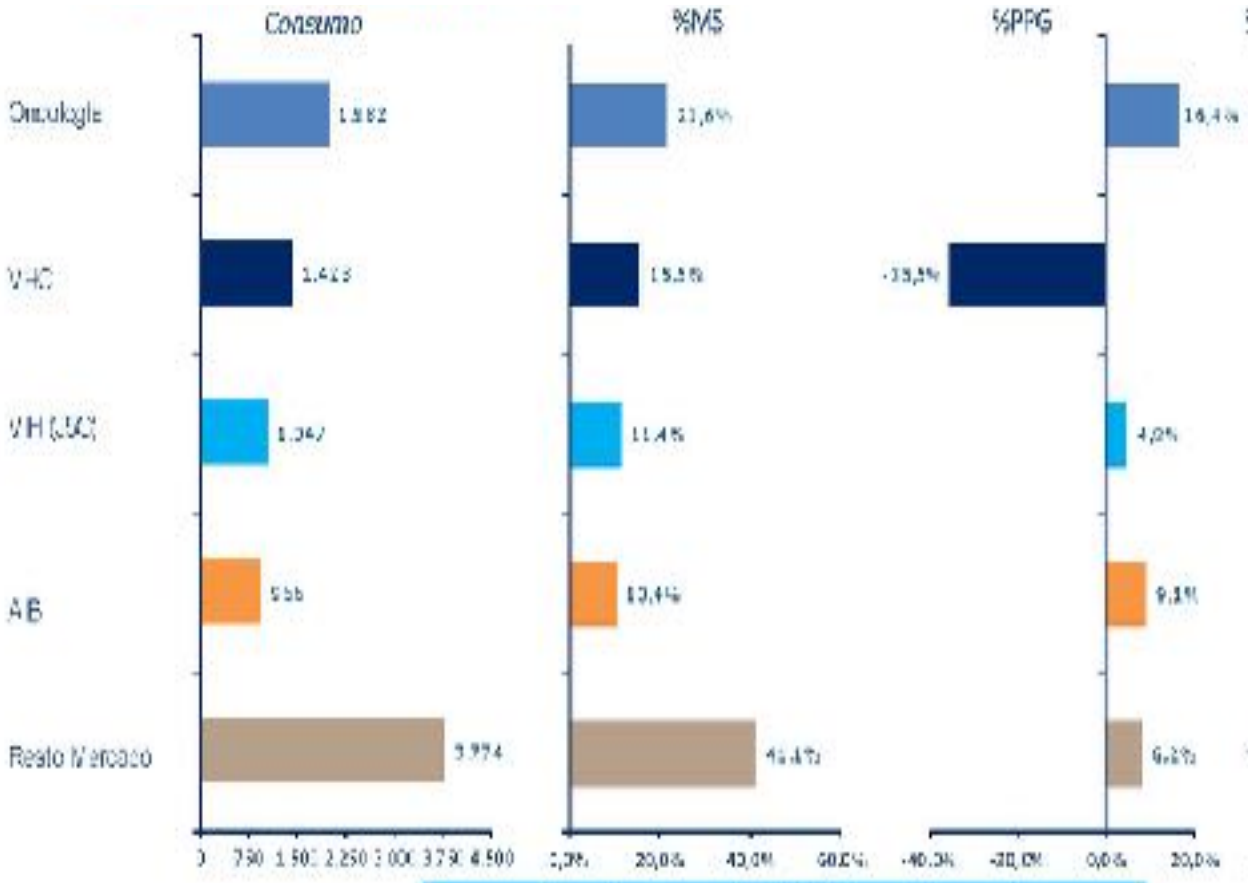
El Sistema Sanitario que disfrutamos sólo podría mantenerse si la economía del país **crece**

Figura 1. **Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal**




Cancer
Central Nervous System
Infectious Diseases
Autoimmune and Inflammation
Metabolic and Endocrinology
Respiratory and Pulmonary
Cardiovascular and Circulatory System
Dermatology
Gastrointestinal
Ophtalmology and Optometry
Musculosskeletal Disorders
Kidneys and Genitourinary System
Women'sHealth
6317
2125
1887
1178
1012
769
716
581
507
490
346
329
227
0
500
1000
1500
2000
2500
3000
3500
4000
4500
5000
5500
6000
6500
Pre-clinical
Phase 1
Phase 2
Phase 3
A vision towards a life sciences strategy for Europe
Brussels, 2014
efpia

ONCOLOGÍA: ÁREA MÁS RELEVANTE



Mercado Hospitalario Total: 9.181

M €

TAM Febrero 2017

IMS QUINTILES, 2017

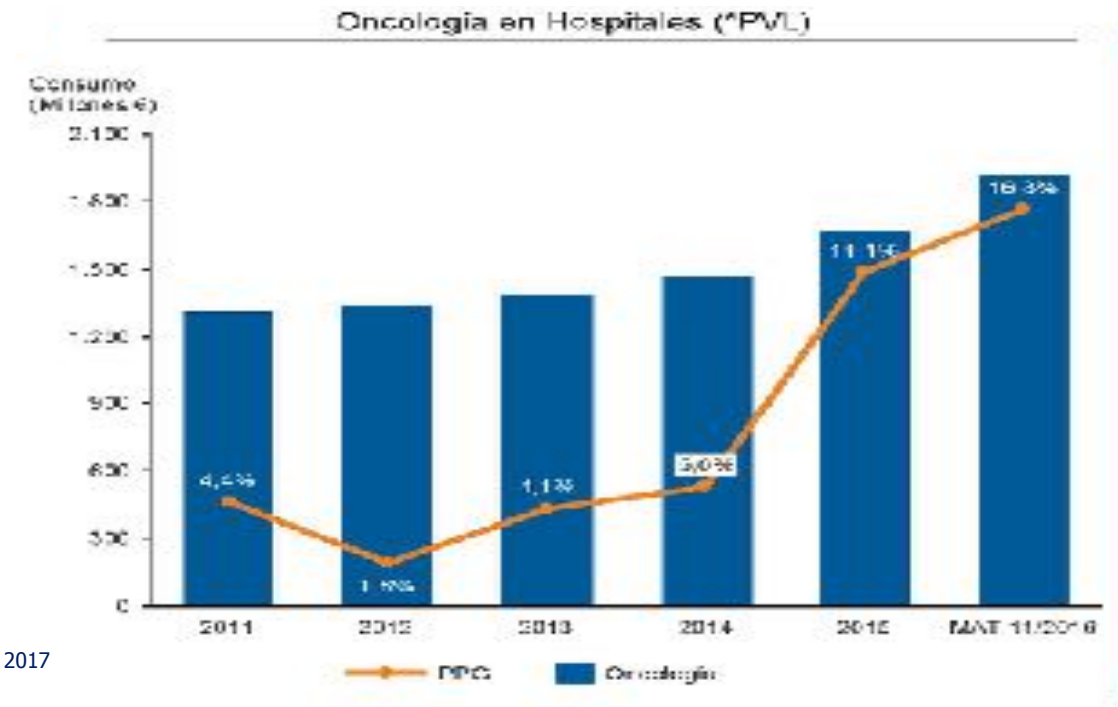
GASTO SNS EN ONCOLOGÍA

- Más de 1.600 millones de € anuales para el SNS (datos del 2014)
- 10% del gasto farmacéutico total
- 2,7 % del gasto sanitario (61.947 millones de €)

Los medicamentos contra el cáncer suponen sólo el 2,7% del gasto sanitario público

CRECIMIENTO ONCOLOGÍA

- Diagnóstico temprano
- Aumento esperanza de vida
- Fs Immunooncológicos
- Fs contra dianas específicas



IMS QUINTILES, 2017

¿Qué COSTES supone la INMUNOTERAPIA en el cáncer?

En el HUP La Fe

En 2016 los medicamentos oncohematológicos supusieron

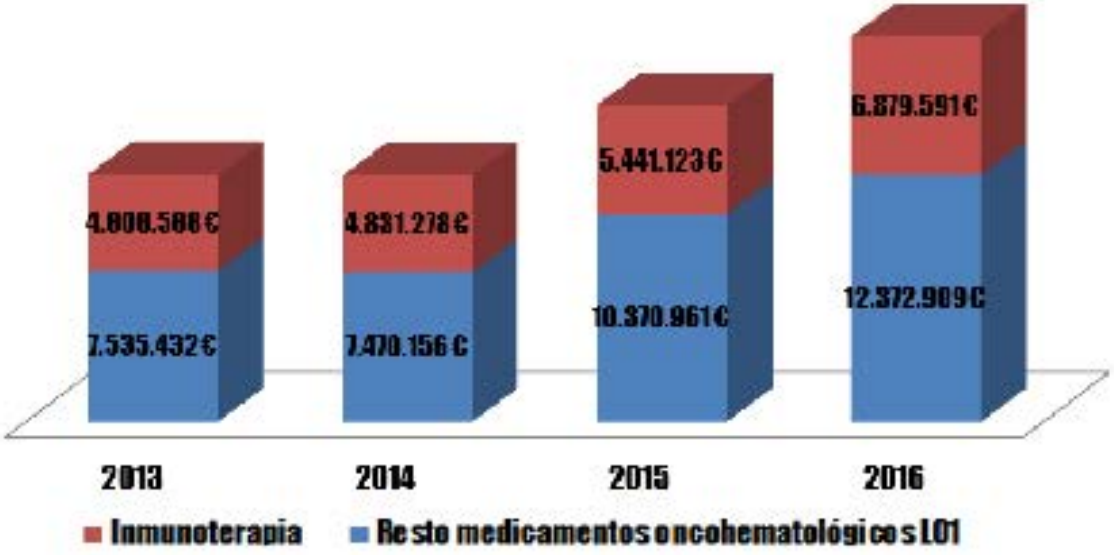
19.252.499 euros

(14% respecto al total Gasto Medicamentos)

La inmunoterapia supuso

6.879.591 euros

(35,7% respecto al total Gasto Oncohematologicos)

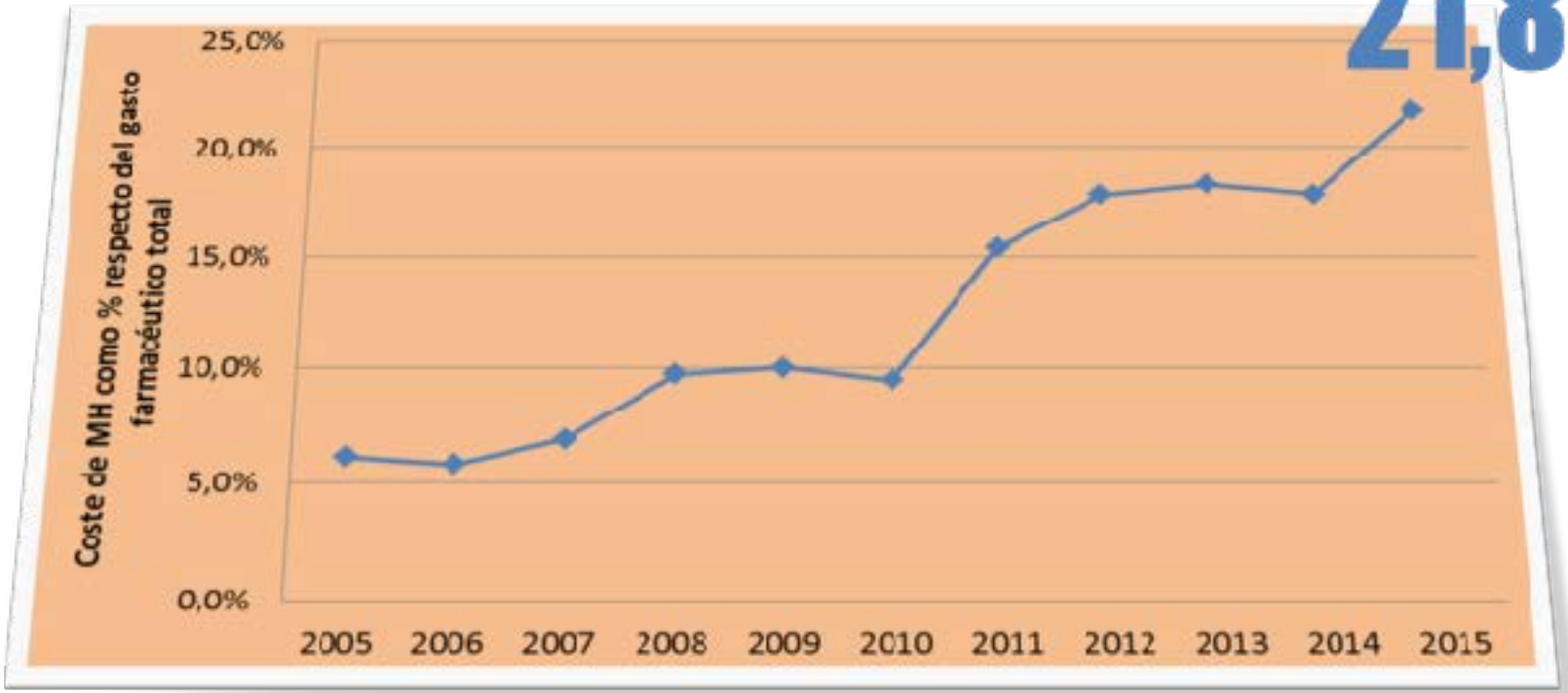


coste MMHH 2015

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE

24.598.776 €

21,8%



Coste farmacéutico total sin tener en cuenta los tratamientos para hepatitis C

GRAN DIFICULTAD

DE METER EL MAR EN UNA BOTELLA

Maximizar los resultados en salud **Minimizar los costes**

MAXIMIZAR
los resultados en salud
MEJORAR ADHERENCIA
INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA
ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO

“Aumentar la adherencia terapéutica puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier avance en las terapias
— OMS

IMPACTO ECONÓMICO DE LA NO ADHERENCIA EN LOS COSTES FARMACÉUTICOS

La NO ADHERECIA supone un COSTE de :

125.000 millones de euros en EUROPA
11.250 millones de euros en ESPAÑA

Systematic review of adherence to oncological treatments

M.D. Edo[1], M. Jiménez[2], L. Martínez[2], A. Hidalgo-Vega[3], C. Polanco[4], J.L. Poveda[1]
[1]Hospital Universitario La Fe de Valencia. [2]Instituto Weber, Economía y Salud. [3]Universidad de Castilla-La Mancha. [4]Health Economics, Corporate Affairs, Merck S.L.

ISPOR 18th Annual European Congress – 7-11 November 2015 Abstract No.PCN206

Table 1. Percentage of adherence depending on the measurement method used

Method	Number of studies who used it	% Adherence	
		Minimum	Maximum
MPR	6	60	93
MEMS®	3	87.2	97.9
VAS	3	85.0	97.1
Pill counting	2	78.0	90.9
Refill	1	92.0	
BAAS	1	92.0	94.0
Self-report (Linkert Scale)	1	89.0	
Self-report	1	74.7	

MPR: Medication Possession Ratio. MEMS®: System Electronic Medication Event Monitoring System. VAS: Visual Analogue Scale. BAAS: Basel Assessment of Adherence Scale.

Las tasas de adherencia

comunicadas en los diferentes estudios

oscilaron entre el 60 y el 97,9%

Table 2. Percentage of adherent patients depending on the measurement method used

Method	Studies number used in	Adherence	% Adherent Patients	
			Min	Max
Self report	5	Medication taken	43.5	91.0
	1	80-110%	67.1	92.9
	1	Score<2 /4	84.2	
	7		43.5	92.9
Non discontinuation	2	Medication taken	66.0	81.0
	2	Dose taken +180d	31.4	67.0
	1	Dose taken +90d	69.0	81.1
	5		31.4	81.1
MEMS®	1	>80%	75.0	100.0
	1	>85%	79.3	
	3	>90%	72.0	92.0
	3		72.0	100.0
BAAS	2	4/4 negative answer	63.9	76.0
	1	>95%*	72.0	84.0
	3		63.9	84.0
Refill	1	>80%	86.0	
	1	80-110%	51.2	84.5
	2		51.2	86.0
Physician Report	1	80-110%	89.0	98.4
MARS	1	Maximum Score (=25)	76.7	
ML	1	>1.9	78.9	
Self report + ML	1	Score<2/4+[>1.9]	73.7	

MPR: Medication Possession Ratio. MEMS®: System Electronic Medication Event Monitoring System. VAS: Visual Analogue Scale. BAAS: Baxel Assessment of Adherence Scale. ML: Metabolite Levels. Min: Minimum. Max: Maximum.

Systematic review of adherence to oncological treatments

M.D. Edo[1], M. Jimenez[2], L. Martinez[2], A. Hidalgo-Vega[3], C. Polanco[4], J.L. Poveda[1]
[1]Hospital Universitario La Fe de Valencia. [2]Instituto Weber, Economía y Saud. [3]Universidad de Castilla-La Mancha. [4]Health Economics, Corporate Affairs, Merck S.L.

ISPOR 18th Annual European Congress - 7-11 november 2015 Abstract No.PCN206

El % de pacientes adherentes fluctuó entre: 31,4-100%

Conclusions

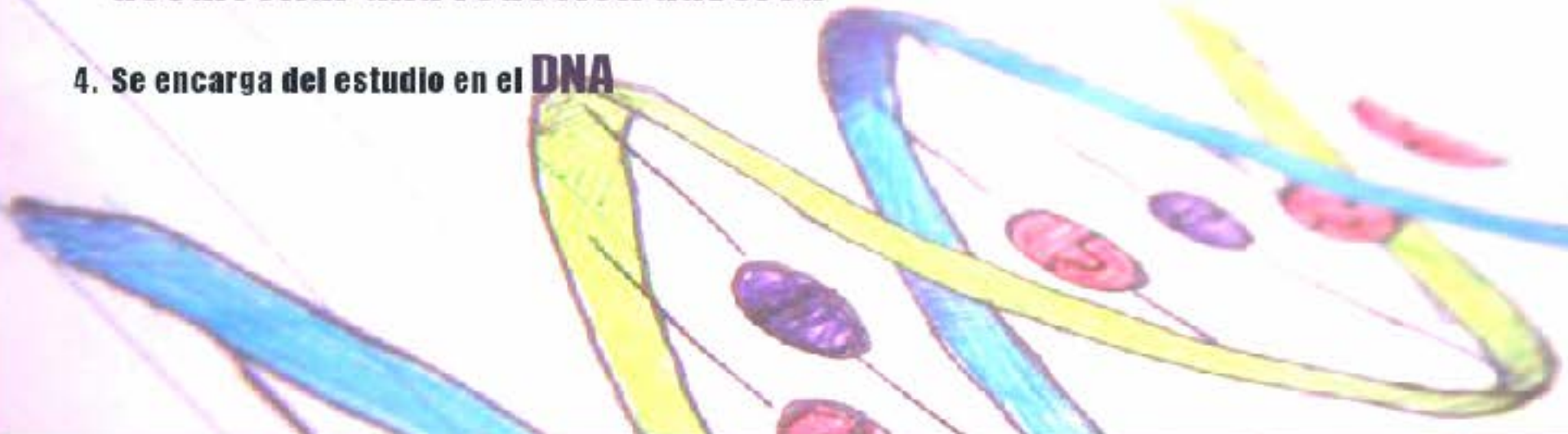
- Disparity in criteria and measurement methods contribute to the great heterogeneity of adherence and adherent patients published data.
- The poor adherence levels retrieved confirm the need of implementing healthcare interventions to foster adherence, given its impact on both oncological treatments effectiveness and healthcare systems sustainability.

individualización terapéutica

respuesta óptima al tratamiento

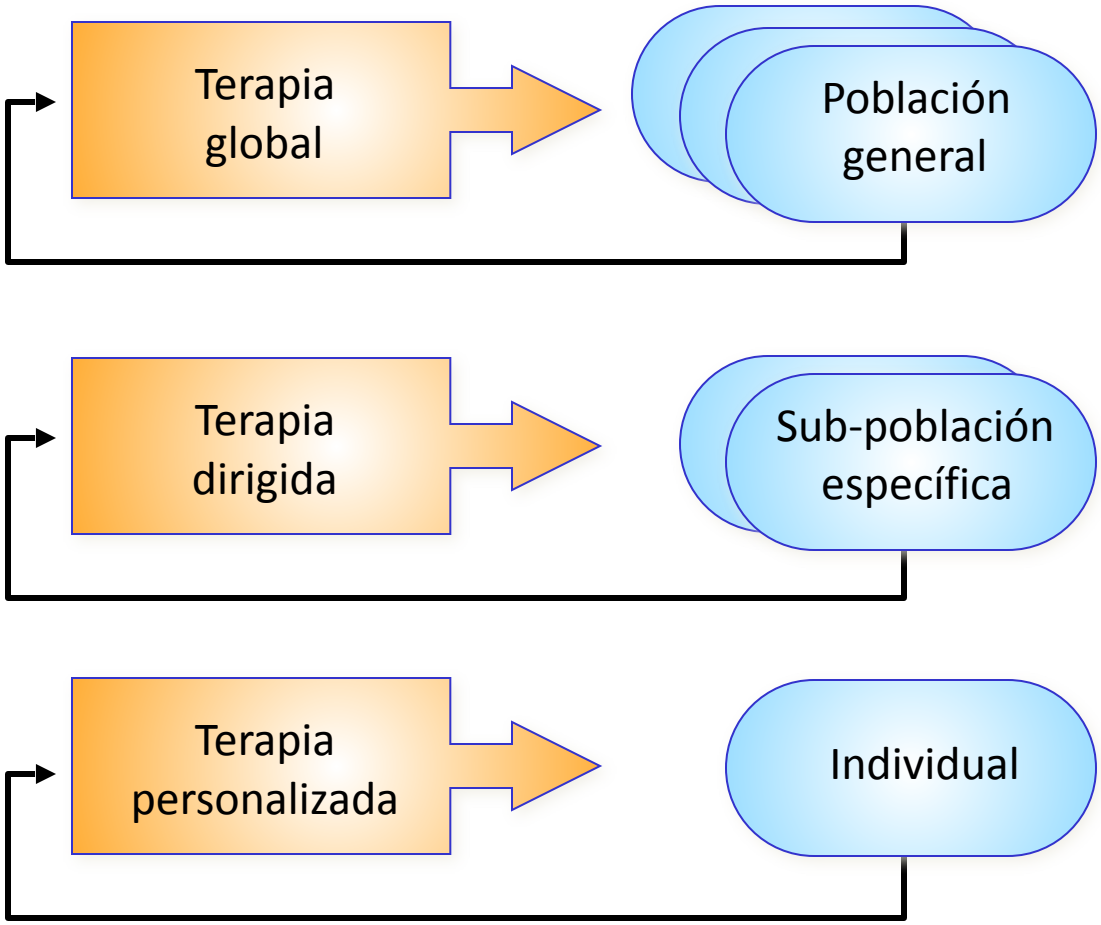
FARMACOGENETICA

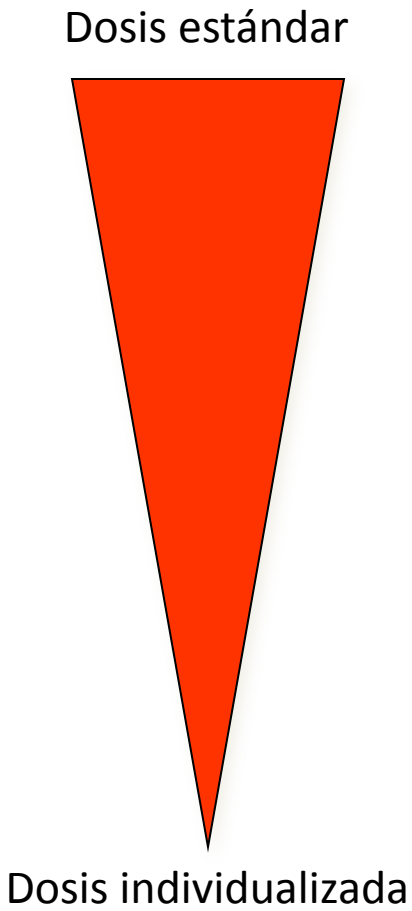
1. Uno de los pilares de la **medicina personalizada**
2. Estudia los aspectos genéticos relacionados con la **variabilidad de la respuesta a los medicamentos** en individuos o poblaciones
3. Pretende predecir, en función de la dotación genética del paciente, qué **medicamento y/o a qué dosis se ofrece mayor beneficio terapéutico y/o menor probabilidad de desarrollar una reacción adversa**
4. Se encarga del estudio en el **DNA**



...hacia una verdadera terapia individualizada...

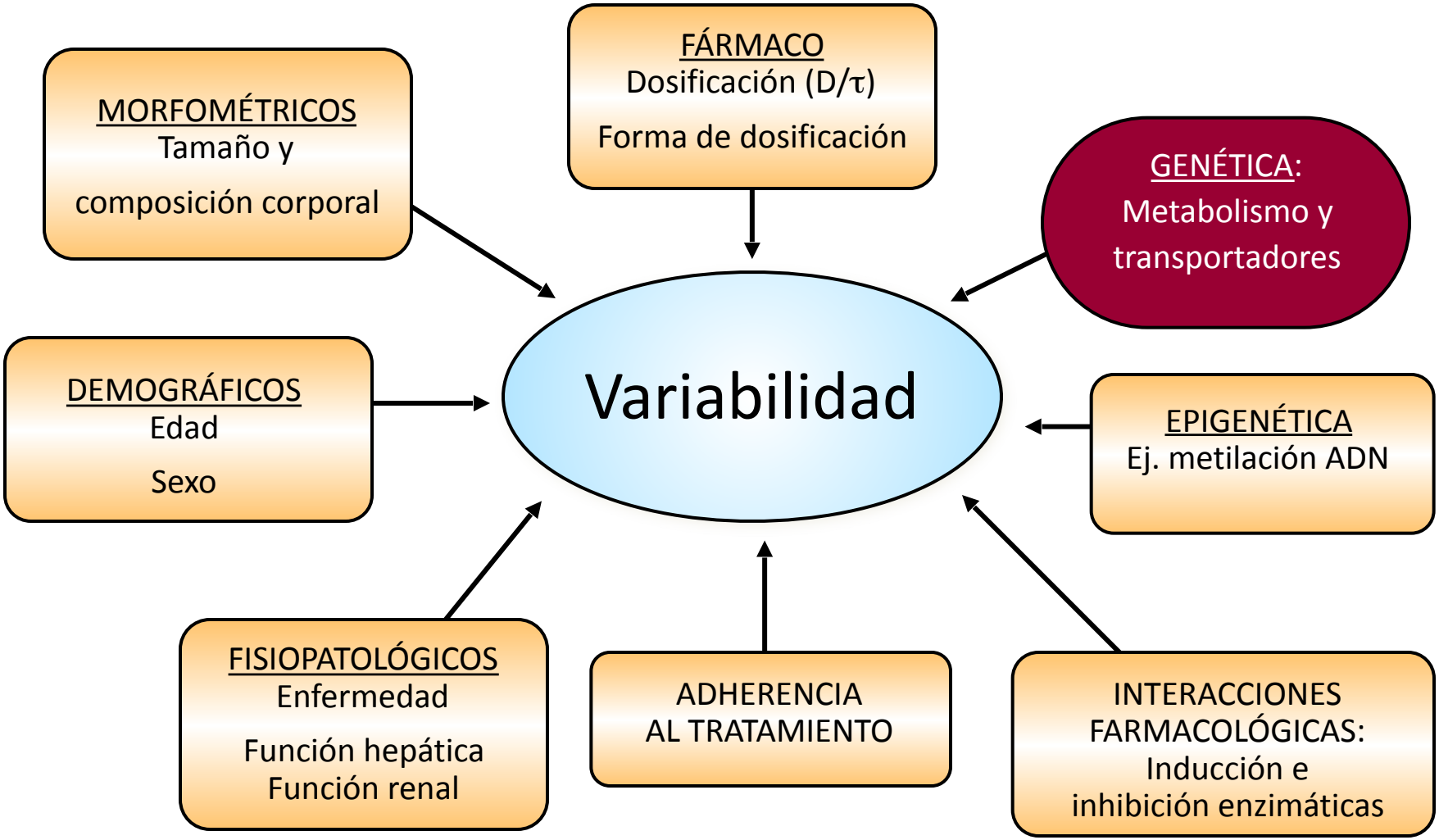
La farmacogenética facilita el progreso en el cuidado de la salud, desde el ensayo y error y la dosis estándar a la medicina personalizada





PWC Pharma, 2005

Causas de la variabilidad en la farmacocinética



Deeken J, 2007

Variabilidad en la respuesta a los farmacos

ALTERACIONES FARMACOCINÉTICAS

Absorción Distribución Biotransformación Excreción Renal

Concentraciones alteradas

ALTERACIONES FARMACODINÁMICAS

Unión Fármaco Receptor

VARIACIÓN EN LA RESPUESTA FARMACOLÓGICA

LISA TRACKER

Monitoring of patients under biotherapies

ANTICIPATION, OPTIMIZATION and ORIENTATION
For the treatment of patients with cancer or chronic inflammatory diseases and treated by biotherapies

GASTROENTEROLOGY
Crohn's Disease
Ulcerative Colitis

RHEUMATOLOGY
Rheumatoid Arthritis
Ankylosing Spondylitis

DERMATOLOGY
Psoriatic Arthritis
Psoriasis

ONCOLOGY
Colorectal cancer
Lung cancer
Renal cancer
Gastric cancer
Ovarian cancer
Breast cancer
Non Hodgkin's Lymphoma
Chronic Lymphocytic Leukemia

Theradiag
INNOVATION FOR BIOTHERAPIES

LISA TRACKER KITS

A diagnostic tool allowing the individual or simultaneous dosage of:

- the prescribed drug (original biological and biosimilar),
- Anti-Drug Antibodies (ADAb).

Rituximab — Anti CD-20

Bevacizumab — Anti VEGF

Trastuzumab — Anti HER2

Medir resultados en salud

Nuestra experiencia

ACUERDOS RIESGO COMPARTIDO
(Oncología)

No cure, no pay

Claus Moldrup

Not paying for a drug unless it works sounds great for patients and healthcare funders, but it could also benefit manufacturers.

Department of Social Pharmacy, Danish University of Pharmaceutical Sciences, Universitetsparken 2, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Claus Moldrup associate professor
cmo@dfuni.dk

BMJ 2000;320:1262–4

Tensions between the pharmaceutical industry and health authorities over drug marketing have increased in recent decades. The authorities want to get the most possible drug for their money whereas drug companies want to get the most money for their drugs.[1] The current situation is untenable first and foremost for the industry but also for the authorities, and, in the end, the patients. This article proposes how a no cure, no pay strategy could meet the needs of all parties and contribute to a sustainable future for the medical environment as a whole.

Collision course

Marketing tensions are neither new nor odious, but two factors in particular have put the two opposing sides on a collision course. On one side, the authorities have fewer financial resources at their disposal relative to the many drug options available and the increasing need for treatment caused by a swell in the ageing population. Fewer resources naturally lead to increased focus on how money should be spent and what the return is in practice. This has caused the authorities to focus more on clinical evidence and relevance in the choice of drug treatment. In turn, this has led to the introduction of the concept of rational pharmacotherapy as a political tool for ordering priorities (box 1).[2-4]

Box 1: Rational pharmacotherapy

Rational pharmacotherapy is defined as drug treatment that provides the greatest effect with the least serious and fewest side effects at the lowest possible price.[3] The following equation is used to illustrate the idea:

Effect (clinical studies)–extent of side effects/price = extent of rational pharmacotherapy

On the other side, drug companies have had to become more competitive as a result of the falling number of new chemical entities,[5-7] "me too" strategies,[8] generic production, and parallel imports. Mergers of major drug companies have also increased competitiveness.[9] The consequence is the use of sales, marketing, and public relations strategies that constantly challenge, and in some cases exceed, the limits of legislation and the moral integrity of recipients.[10]

The industry cannot do much about dwindling resources, but it can shift its sales behaviour to meet the buyers' needs. The authorities want rational pharmacotherapy—that is, the best treatment at the cheapest price—and the individual drug company will have to honour that request to beat the competition. So how can a no cure, no pay strategy help?

No cure, no pay strategy

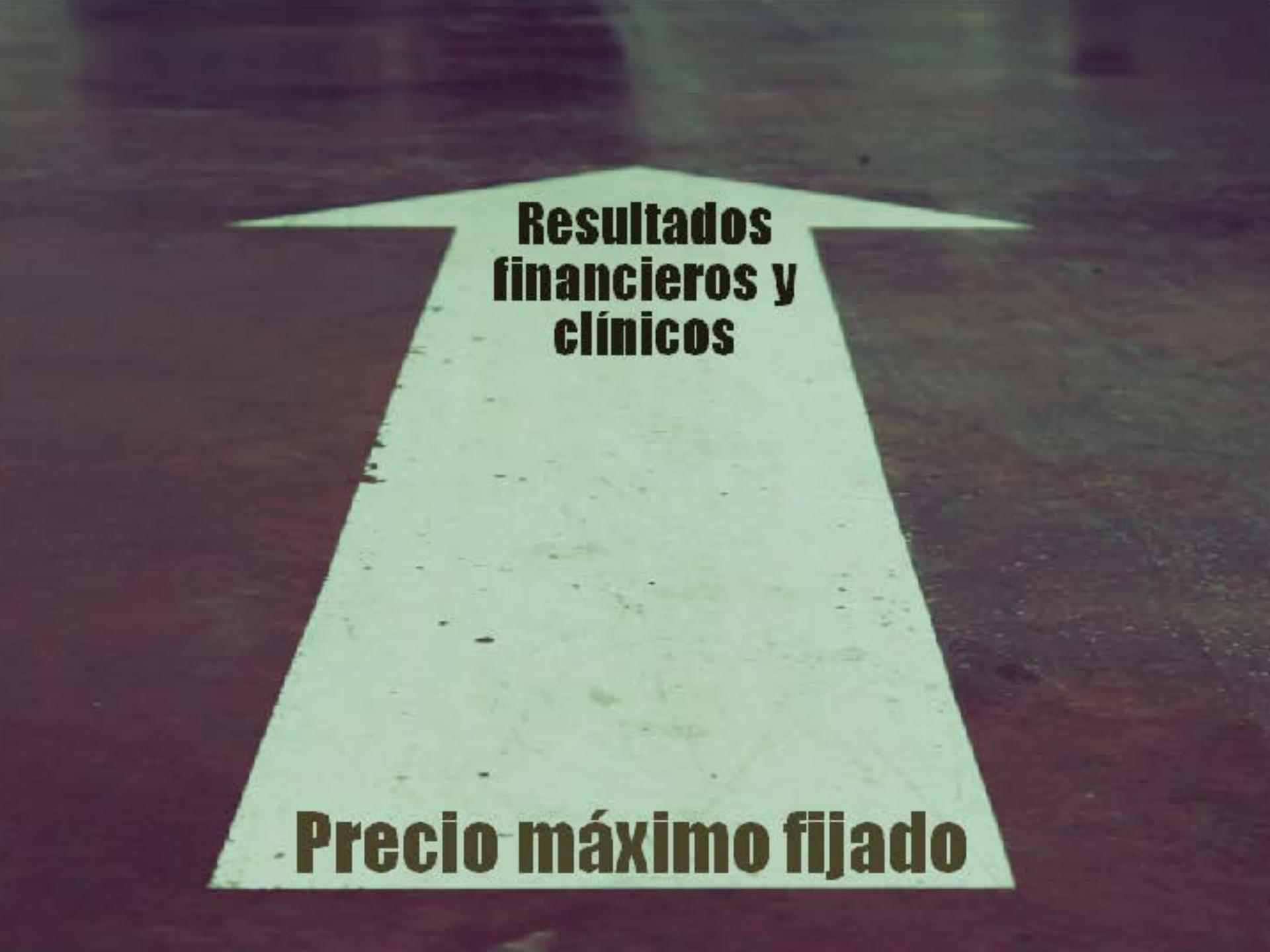
A large percentage of all prescribed drugs do not have the desired effect on patients' problems. The many influences on this poor outcome include wrong choice of drug, genetic factors, interactions, non-compliance, and poor drug quality.[11-13]

A no cure, no pay approach can counter these problems by optimising the effect yet still making the treatment economically feasible. If the drug does not cure, relieve, or prevent the patient's symptoms based on specific clinical measures or visible results, the healthcare system and the patient get their money back. A money back guarantee might also be applicable if the patient suffers adverse effects. This is a previously unseen dimension of rational pharmacotherapy.

Obviously, if a drug company risks repaying substantial sums for a treatment that seems efficacious

An early example of no cure, no pay

Acuerdos donde se regulan las incertidumbres y se comparten los riesgos de la financiación de medicamentos entre la administración sanitaria y la industria farmacéutica


Resultados financieros y clínicos
Precio máximo fijado

VELCADE®
MIELOMA MÚLTIPLE
J&J
Junio 2007

DH Department of Health

SUTENT®/NEXAVAR®
CANCER RENAL AVANZADO
PFIZER/BAYER
Noviembre 2006

AIFA Agenzia Italiana del Farmaco

Volibris, primer contrato de riesgo compartido en España tras dos años de intentos fallidos

- La falta de financiación del sistema y de las compañías dificultaban durante dos años la adquisición por esta fórmula de fármacos oncológicos.
- En junio se realizará la primera evaluación de resultados, con un perfil mínimo de 20 pacientes que garantizan ingresos para el laboratorio.

conocen la tendencia euro-
destacando Suecia, Italia y
tas políticas innovadoras.
lemania.

2 ARC en 2015

TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Panitumumab y Cetuximab en CCRm

2.2. El Hospital monitorizará los pacientes que reciban como primera línea de tratamiento la combinación de PANITUMUMAB+FOLFOX y cumplan las criterios establecidos en el Anexo I del presente contrato.

2.3. Toda la evaluación de las pruebas será a cargo del Hospital sin perjuicio de la revisión por parte del Comité de seguimiento.

2.4. Cada tres (3) meses se analizarán los pacientes tratados según criterios del punto 2.2 y Anexo I con valoración de respuesta a las 12 semanas de tratamiento. En el supuesto de que transcurridas 12 semanas desde el inicio de tratamiento del paciente con Vectibix las pruebas detecten una progresión del tumor, Amgen abonará mediante abono en género o abono contable al Hospital el 100% del coste que haya supuesto el tratamiento del pacente con Vectibix ® (estos pacientes serán los únicos sujetos a bonificación).

2.5. Amgen asumirá el coste de las pruebas de RAS para deteminar si el paciente es elegible para el tratamiento con Vectibix ®.

2.6. El Hospital se compromete a incluir, en el periodo del presente contrato, un mínimo de 30 pacientes según los criterios del punto 2.2 y Anexo I.

GENERALITAT VALENCIANA

La Fe

ACUERDO DE RIESGO COMPARTIDO PARA EL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ERBITUX®

entre

MERCK S.L.

Y

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

1

Resultados

TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Panitumumab y Cetuximab en CCRm
A fecha de enero 2017

A las 12 semanas de tratamiento:

90% pacientes incluidos respuesta parcial o enfermedad estable

10% pacientes incluidos progresión de la enfermedad

COSTS

thebmj

BMJ 2016;355:i6792 doi: 10.1136/bmj.i5792 (Published 9 November 2016)

ANALYSIS

Cancer drugs, survival, and ethics

Despite considerable investment and innovation, chemotherapy drugs have had little effect on survival in adults with metastatic cancer. **Peter Wise** explores the ethical issues relating to research, regulation, and practice

Peter H Wise *former consultant physician and senior lecturer*

Charing Cross Hospital and Imperial College School of Medicine, London, UK

La supervivencia a 5 años en adultos con neoplasias sólidas se ha incrementado del 49% al 68% en 40 años

La quimioterapia antineoplásica es responsable solo del 20% de este aumento de supervivencia

Innovación incremental

Pequeños beneficios seriados proporcionados por la investigación de medicamentos en el tratamiento de ciertas enfermedades graves se van sumando para obtener al final un beneficio global más grande

PRECIOS QUE SOBREPASAN

los umbrales de eficiencia establecidos

El tratamiento del carcinoma colorrectal metastásico desde los primeros esquemas con fluorouracilo hasta la actualidad (bevacizumab, cetuximab, panitumumab) se han multiplicado por 340 pero la supervivencia global únicamente se ha duplicado pasando de 12 a 21 meses.

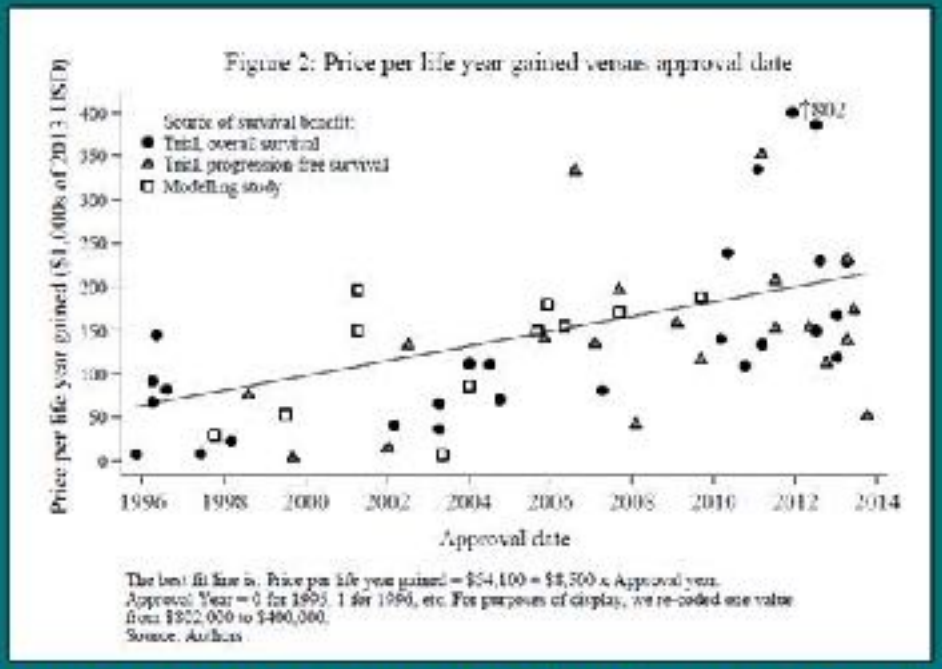
N Engl J Med. 2004 Jul 22;351(4):317-9.

The price tag on progress--chemotherapy for colorectal cancer.

Schrag D[1].

Is a year of life priceless?

The market has already set a price tag on an additional year of life….



…..and it goes up each year (inflation-adjusted) by $8500

Approximate cost to gain one year of life in 2014:

$224,000

AUTHOR PERMISSION REQUIRED FOR REUSE.

Howard DH, Bach PB, Berndt ER, Conti RM: J Economic Perspectives 2015; 29(1):139-62.

PRESENTED AT ASCO Annual '15 Meeting

Published Ahead of Print on September 8, 2014 as 10.1200/JCO.2014.57.8740
The latest version is at http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2014.57.8740

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ART OF ONCOLOGY

Reporting and Grading Financial Toxicity

Nandita Khera

Table 1. Proposed Financial Toxicity Grading Criteria

Grade	Description
1	Lifestyle modification (deferral of large purchases or reduced spending on vacation and leisure activities) because of medical expenditure
	Use of charity grants/fundraising/copayment program mechanisms to meet costs of care
2	Temporary loss of employment resulting from medical treatment
	Need to sell stocks/investments for medical expenditure
	Use of savings accounts, disability income, or retirement funds for medical expenditure
3	Need to mortgage/refinance home to pay medical bills
	Permanent loss of job as a result of medical treatment
	Current debts > household income
	Inability to pay for necessities such as food or utilities
4	Need to sell home to pay for medical bills
	Declaration of bankruptcy because of medical treatment
	Need to stop treatment because of financial burden
	Consideration of suicide because of financial burden of care

Para estimular la verdadera innovación, el precio de los medicamentos debe tener relación con el valor terapéutico añadido por el medicamento

Salvador Peiró

EL GLOBAL.net

Compartir

NORMATIVA FARMACÉUTICA

Sanidad trabaja en un sistema que mida el nivel de innovación de los nuevos fármacos

diariofarma

1º aniversario de la Academia de Gestión

El 'medidor' de innovación para fijar precios de fármacos ya está diseñado

KERN PHARMA

EL GLOBAL.net

La píldora: El 'Innovómetro'

Ya estamos en NetSalud

•Concepto comercial

Producto comercializado recientemente .

•Concepto tecnológico

Innovaciones en el proceso de síntesis (biotecnología, isómeros), en la formulación galénica (nuevos sistemas de liberación).

•Concepto terapéutico

Superioridad en <u>resultados en salud</u> sobre las mejores alternativas disponibles anteriormente.

Can Fam Physician 2002; 48: 1413-5

AÑOS DE VIDA GANADOS

(AVG, LYG)

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD

(AVAC, QALY)

AÑOS DE VIDA GANADOS

(AVG, LYG)

SEGURIDAD

CALIDAD
DE VIDA

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD

(AVAC, QALY)

Annals of Oncology

special articles

Annals of Oncology 26: 1547–1573, 2015
doi:10.1093/annonc/mdv249
Published online 30 May 2015

A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS)

N. I. Cherny[1*], R. Sullivan[2], U. Dafni[3], J. M. Kerst[4], A. Sobrero[5], C. Zielinski[6], E. G. E. de Vries[7] & M. J. Piccart[8,9]

Table 1. Potential benefits of a new treatment

Living longer
Improved OS
Improved surrogate of OS
DFS (when OS data are immature in adjuvant setting)
Improved PFS
Living better
Improved quality of life
Improved surrogate of quality of life
Improved PFS
Reduced toxicity

Cherny NI et al. Annals of Oncology 26: 1547–1573, 2015

Annals of Oncology

A standardised, the magnitude from anti-cance for Medical Onc Scale (ESMO-M

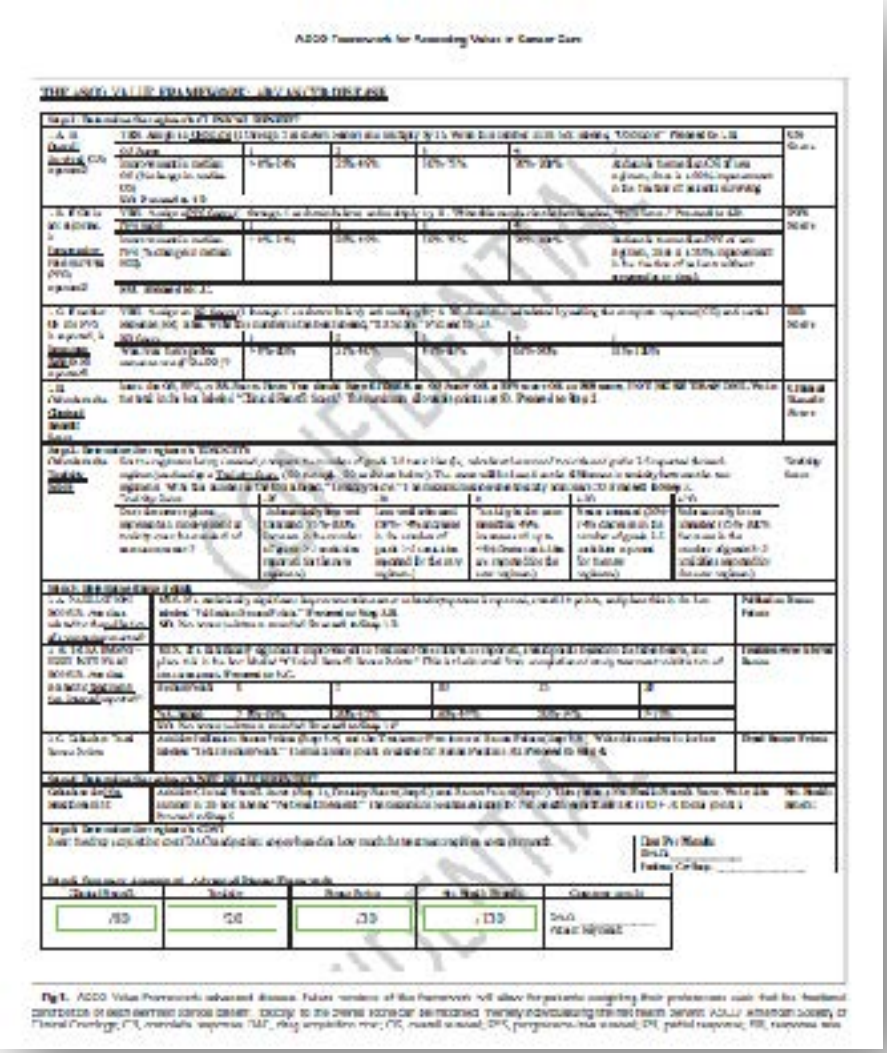
N. I. Cherny[1*], R. Sullivan[2], & M. J. Piccart[8,9]

[1]Cancer Pain and Palliative Medicine Service, Centre, King's College London, Institute of Cancer Medical Oncology, Antoni van Leeuwenhoek H Vienna, Vienna, Austria; [7]Department of Medic Institute, Université Libre de Bruxelles, Brussels

Table 2. Maximal preliminary scores

Treatments with curative intent (form 1)
>5% improvement of survival at ≥3-year follow-up
Improvements in DFS alone HR <0.60 (primary end point) in studies without mature survival data
Treatments with non-curative intent (form 2)
Primary outcome OS (form 2a)
Control ≤12 months
HR ≤0.65 *AND* gain ≥3 months *OR*
Increase *in* 2-year survival alone ≥10%
Control >12 months
HR ≤0.70 *AND* gain ≥5 months *OR*
Increase *in* 3-year survival alone ≥10%
Primary outcome PFS (form 2b)
Control ≤6 months
HR ≤0.65 *AND* gain ≥1.5 months
Control >6 months
HR ≤0.65 *AND* gain ≥3 months

Cherny NI et al. Annals of Oncology 26: 1547–1573, 2015



Schnipper LE et al. JCO 2015; 33(23):2563-77. doi: 10.1200/JCO.2015.61.6706

Aceleración del cambio tecnológico: Rápida incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos a la cartera de servicios pública (2)

Coste incremental por mes adicional de supervivencia de algunos medicamentos para el tratamiento de los tumores sólidos incorporados a la cartera de servicios del SNS

Localización	Esquema nuevo	Comparador (aprox. tratamiento habitual)	Supervivencia adicional (en meses)	Coste Incremental (€)	Coste (€) incremental por mes adicional de supervivencia	Coste (€) incremental por AVG y QALY *
En primera línea						
Colorrectal	Bevazizumab + FOLFOX4	FOLFOX4	0,9	12.846	14.274	AVG: 171.288 AVAC: 856.440
Colorrectal	Cetuximab + FOLFIRI	FOLFIRI	1,3	20.305	15.619	AVG: 187.428 AVAC: 937.140
Mama	Bevazizumab + Paclitaxel	Paclitaxel	1,5	49.818	33.212	AVG: 398.544 AVAC: 1.992.720
Mama	Lepatinib + Letrozol	Placebo + Letrozol	1,0	22.545	22.545	AVG: 270.540 AVAC: 1.352.700
En segunda línea						
Células renales	Everolimus + BSC	Placebo + BSC	0,4	18.878	46.680	AVG: 560.160 AVAC: 2.800.800
Mama	Lapatinib + Capecitabina	Capecitabina	0,3	18,298	60.996	AVG: 731.952 AVAC: 3.659.760

FOLFOX4: pauta de ácido folínico, fluouracilo y oxiplatino habitual en cánceres digestivos; FOLFIRI: pauta de ácido folínico, fluouracilo e irinotecan habitual en cánceres digestivos, BSC: *Best Supportive Treatment*. Los AVAC se han estimado asumiendo que la calidad de vida en el último mes de vida de un paciente oncológico es de 0,20.
*Datos derivados a partir del artículo original. *Fuente: Dyaqüez I, Frías C, Seguí MÁ, Gómez-Barrera M, Casado MÁ, Queralt Gorgas M. Efficiency of oncologic treatments for solid tumours in Spain [Spanish]. Farm Hosp. 2013;37(3):240-59*

DESINVERSIÓN
en oncología

MOVIMIENTOS

Choosing Wisely (2010)
Right Care (2012)

Movimientos a favor de un sistema sanitario sostenible, efectivo, racional, personalizado y justo.

OBJETIVO

Reducir tanto el exceso como la infrautilización de recursos sanitarios

LESS IS MORE
- = + MEDICINE

"Cured yesterday of my disease, I died last night of my physician"

– MATTHEW PRIOR

In medicine, more is not always better. Patients and healthcare providers can work together to pursue care that improves health outcomes, all the while minimizing harm and unnecessary interventions.

If we avoid testing and treating when it is not needed, we can focus on doing more of the things that really matter. That's why physicians and patients alike are beginning to advocate for the *right* amount of medicine.

This "just right" or "Goldilocks" approach is patient centred and evidence informed. The goal is to bring the best health outcomes to patients, and in so doing, lay the foundation for a wise and sustainable system for future generations.

— Dr Jessica Otte

NAVIGATION:

- **Discover:** *learn about the background, FAQs, and existing projects that take a 'Less is More' approach to health care*
- **Act:** *read a book, attend a conference, advocate, or use a shared-decision making aid*
- **Blog:** *the latest news, essays and articles are highlighted here*

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

SEOM
National Comprehensive Cancer Network
British Columbia Center
National Institute for Care and Health Excelence
European Society of Medical Oncolcgy
ASCO

LAS GUÍAS QUE NOS GUÍAN

Requieren de una mejora sustancial en la metodología de elaboración y una mayor independencia de todos aquellos factores que puedan influir en cuestiones subjetivas

Uso juicioso de la QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

Gran parte de las inversiones en antineoplásicos al final de la vida estarían mejor utilizadas si se destinaran a la mejora de los cuidados paliativos, en un marco donde sólo 1 de cada 2 enfermos terminales puede beneficiarse

WELCOME TO
REALITY

FRIEND
ENEMY

T
IN
G
—
W
O
R
K

Racionalizar
Versus
RACIONAR

MACRO

MESO

MICRO

Think different.

Cuanto más grande es el caos más

CERCA **está la solución**

Proverbio chino

La batalla de TRAFALGAR

21 de octubre de 1805

Fórmula francesa

Barcos potentes, modernos. Y muchos!

Dos problemas:

Habían guillotinado a los oficiales.

En vez de marineros metían en los barcos ejército de tierra

RESULTADO:

Perdieron 12 de los 18 barcos en Trafalgar y sufrieron 2.218 muertos.

Fórmula Churruca

«¡Hijos míos: en nombre de Dios, prometo la bienaventuranza al que muera cumpliendo con sus deberes! Si alguno faltase a ellos, le haré fusilar inmediatamente, y si escapase a mis miradas o a las de los valientes oficiales que tengo el honor de mandar, sus remordimientos le seguirán mientras arrastre el resto de sus días miserable y desgraciado».

RESULTADO:

Perdimos 10 de los 15 barcos y 1.022 muertos

Horatio Nelson

Almirante Nelson

1785-1805

Mejor estratega naval británico

Fórmula Nelson

"England expects that every man will do his duty"

"Inglaterra espera que cada hombre hará su deber"

RESULTADO:

449 muertos

Nelson. Trafalgar 21 octubre 1805

Autonomía y
Responsabilidad

Muchas gracias @joseluis_pa