



Tratamientos oncológicos en líneas tardías:

Aproximación desde el punto de vista de acceso, gestión clínica del paciente, ética y organización



Con la colaboración de



Con el soporte de



Marzo de 2018

ISBN: 978-84-09-00736-3

Servier en colaboración con Antares Consulting. << Tratamientos oncológicos en líneas tardías: Aproximación desde el punto de vista de acceso, gestión clínica del paciente, ética y organización>>

Índice

1	Contexto y objetivos.....	1
2	Metodología.....	2
3	Tratamientos oncológicos en líneas tardías: 7 principios identificados y un elemento común a todos ellos “la necesidad de transformar la cultura”	4
4	Retos y soluciones.....	13
5	Participantes en la elaboración del documento.....	20
6	Lecturas de interés.....	22

1 Contexto y objetivos

Los avances en oncología

El cáncer sigue siendo una de las causas principales de mortalidad en España. En cuanto a la prevalencia de las tipologías de cáncer, el colorrectal fue motivo de 41.441 muertes en 2015 (INE, 2015).

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en toda su extensión han permitido que la tasa de supervivencia aumente. Uno de los principales objetivos actuales es conseguir la cronificación de la enfermedad.

La oncología médica española tiene un papel relevante en el mundo, siendo en muchos casos referente para determinadas patologías.

Los avances en el campo de la biología molecular y las técnicas de análisis genómico han supuesto una auténtica revolución y han permitido poner en práctica la “medicina de precisión” mediante el diagnóstico genético y el tratamiento personalizado.

Sin embargo, desde el punto de vista organizativo y funcional, tenemos un largo camino por recorrer para que la gestión clínica integral del paciente oncológico sea excelente.

En un proceso donde intervienen diversos recursos asistenciales y profesionales es importante asegurar que cooperan de forma efectiva para la atención al paciente y comparten las buenas prácticas para mejorar los resultados en salud para dichas patologías.

Paralelamente, cada vez tiene más importancia la experiencia del paciente para poder integrarla mejor en el proceso de atención, mejorando con ello los resultados en salud.

Finalmente, los tratamientos en líneas tardías plantean cuestiones éticas que, junto al resto de aspectos, merecen ser tratados en una reflexión multidisciplinar que aporte conocimiento y facilite la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de decisión.

En este tipo de pacientes, nos podemos encontrar con dilemas terapéuticos que afectan al inicio de un nuevo tratamiento, suspender el tratamiento actual, tratar las comorbilidades y valorar la calidad de vida del paciente, contemplada de forma integral en cuatro dimensiones:

- Bienestar físico y síntomas
- Bienestar social
- Bienestar psicológico
- Bienestar espiritual

Frente a un problema con múltiples facetas, la mejor forma de abordarlo es con la experiencia y las opiniones de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de atención, contemplado de forma extensiva.

Objetivos del documento

El principal objetivo de este documento es ofrecer un soporte a la gestión del paciente oncológico en líneas tardías para todos aquellos que, de forma directa o indirecta, intervienen en el proceso farmacoterapéutico.

Además, mediante la elaboración participativa, se ha visto la necesidad de:

- Fomentar el trabajo colaborativo entre profesionales.
- Focalizarse en los aspectos clave de la gestión de estos pacientes.
- Superar los retos y las barreras.
- Implantar soluciones en cada uno de los ámbitos de decisión.

2 Metodología

El trabajo se ha desarrollado siguiendo el siguiente flujo de actividades:

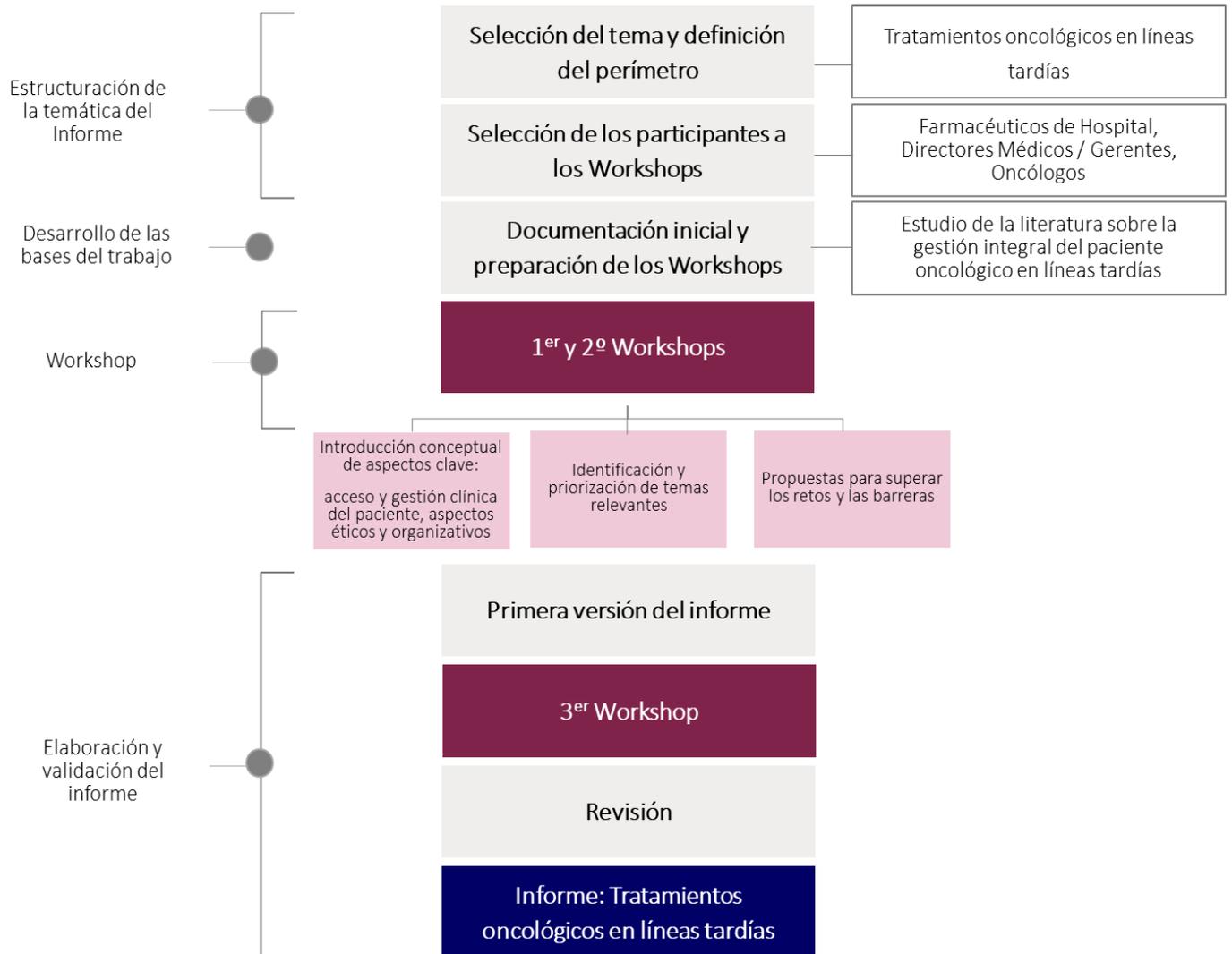


Figura 1. Esquema metodología desarrollada

PARTICIPACIÓN DE EXPERTOS



La intervención de distintos expertos en cada Workshop realizado ha ofrecido una visión completa y transversal del tema que nos ocupa, en relación a los pacientes con tratamientos oncológicos en líneas tardías.

Para la elaboración de este documento, se ha contado con la participación de un total de 30 profesionales de distintos hospitales:

- ❖ 14 Farmacéuticos de Hospital
- ❖ 8 Directores Médicos / Gerentes
- ❖ 8 Oncólogos

WORKSHOPS



Los Workshops se han realizado durante los meses de septiembre y octubre de 2017 en Madrid y Valencia y en enero de 2018 en Barcelona, teniendo una duración de medio día cada uno.

La metodología de trabajo empleada en los Workshops ha sido la siguiente:

- 1 Definición de los 4 aspectos (acceso, gestión clínica, aspectos éticos y organizativos).
- 2 Reflexión individual acerca de los temas relevantes para cada aspecto.
- 3 Puesta en común de los temas relevantes identificados y discusión de los mismos.
- 4 Recopilación de las aportaciones en forma de constataciones.
- 5 Identificación y priorización de los retos a superar.
- 6 Elaboración de propuestas para superar los retos y contribuir a la mejora de la atención.

3 Tratamientos oncológicos en líneas tardías:

7 principios identificados y un elemento común a todos ellos “la necesidad de transformar la cultura”

La especialidad de oncología, dentro del ámbito clínico, se encuentra caracterizada por contar con unos procesos y procedimientos muy bien definidos.

Sin embargo, en lo relacionado con los tratamientos oncológicos en líneas tardías estos cuentan con mayor variabilidad. Esta tipología de proceso puede ser modificada en función de las expectativas tanto del paciente como del profesional.

A partir de los Workshops realizados se han identificado 7 principios y 1 elemento común para todos ellos, para abordar el tratamiento de los pacientes oncológicos en líneas tardías, englobando los criterios de acceso y gestión clínica del paciente, aspectos éticos y organizativos.



7 principios para abordar el tratamiento de los pacientes oncológicos en líneas tardías

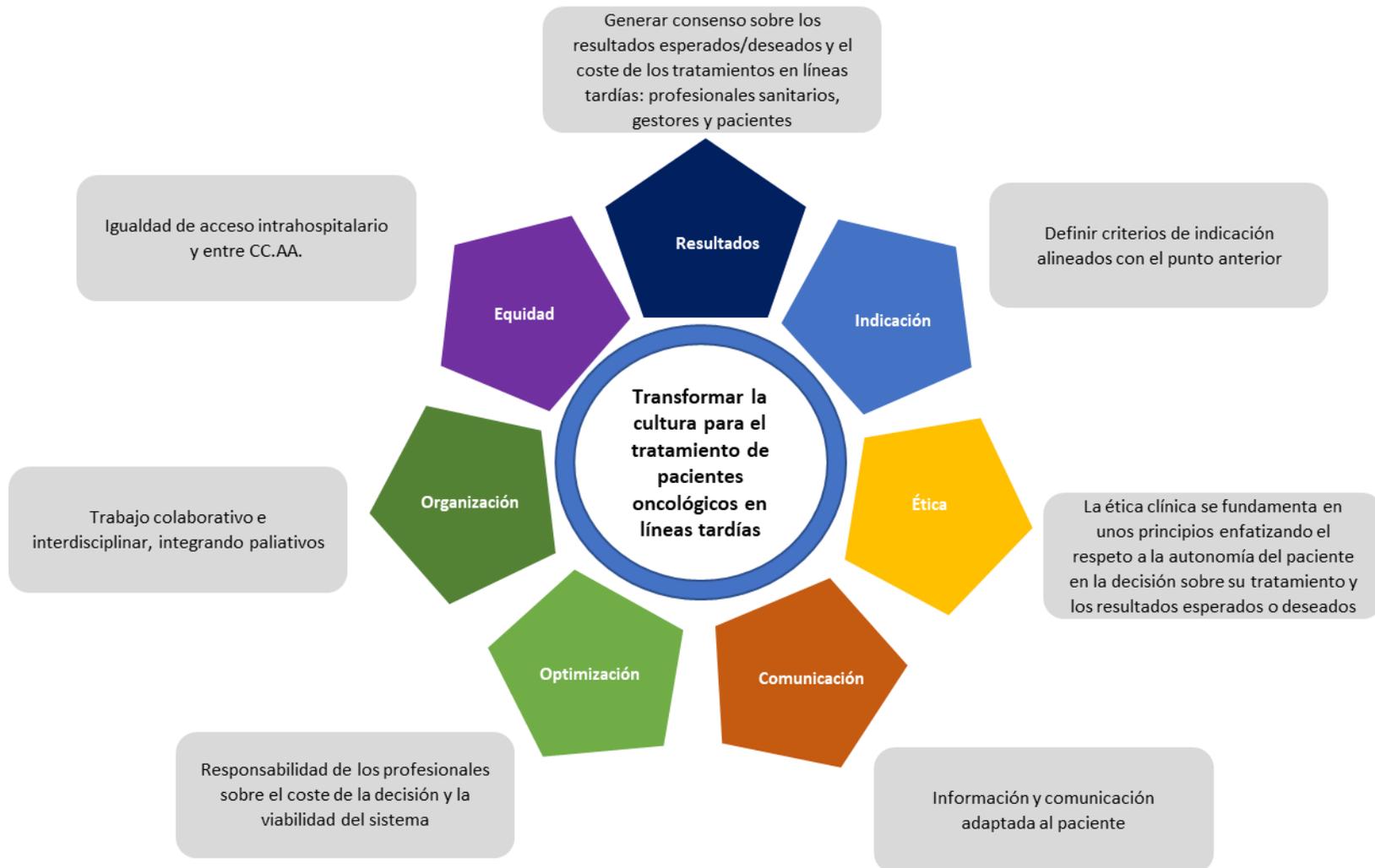


Figura 2. Principios identificados para abordar el tratamiento de pacientes oncológicos en líneas tardías

Generar consenso sobre los resultados esperados/deseados y el coste de los tratamientos en líneas tardías: profesionales sanitarios, gestores y pacientes**Aportaciones para la discusión****Consenso sobre los resultados**

En determinados tratamientos con líneas tardías consolidadas, la eficacia del tratamiento está muy demostrada, y el énfasis del debate en las líneas tardías se ha puesto en el coste-efectividad. Sin embargo, se ha abordado menos una cuestión previa y relevante: ¿se han definido claramente qué resultados se desea alcanzar con dicho tratamiento en línea tardía?

En este sentido, es necesario realizar un esfuerzo para consensuar este punto de partida, desde varios puntos de vista:

- El paciente, y el balance adecuado entre supervivencia y calidad de vida, que además puede diferir según la situación individual y sus expectativas.
- El profesional, y el balance adecuado entre las posibilidades terapéuticas y las expectativas de los pacientes.
- El gestor, y el balance adecuado entre las alternativas terapéuticas y el coste de la atención.

El profesional clínico debe actuar bajo el principio de autoridad y responsabilidad, valorando tanto las expectativas razonables de supervivencia como el coste-efectividad que se aporta. En este sentido, es importante mantener una comunicación fluida con el paciente, conocer los resultados esperados del tratamiento, y evaluar la globalidad de los aspectos de la vida del paciente.

Por lo tanto, se plantean aspectos éticos que deben ser valorados por el equipo que atiende al paciente.

**Indicadores pertinentes para la evaluación del coste - efectividad**

Una vez establecido el consenso sobre los resultados deseados del tratamiento en línea tardía, dichos resultados han de medirse en la práctica clínica. Para ello, es relevante disponer de indicadores pertinentes que abarquen y evalúen los niveles óptimos de aspectos como la eficiencia, la efectividad y la experiencia del paciente.

En este sentido, el coste-efectividad de un tratamiento en línea tardía solo puede ser valorado correctamente si; a) hay un consenso sobre la efectividad esperada entre todos los actores involucrados y b) existen indicadores pertinentes para medir dicha efectividad.

Definir criterios de indicación alineados con los resultados esperados y consensuados**Aportaciones para la discusión****Estratificación de pacientes según resultados esperados**

La necesidad de definir los objetivos esperados del tratamiento es real entre los profesionales. La decisión del tratamiento debe realizarse en consenso con el paciente, valorando los incrementales de vida esperados del mismo y las preferencias de calidad de vida del paciente.

La estratificación de los pacientes permitirá la identificación de subgrupos con diferentes niveles de necesidad de atención. Además, esto puede facilitar la selección y utilización del fármaco adecuado a cada tipo de paciente.

La individualización de los casos clínicos permite adecuar en mayor medida el tratamiento a las expectativas reales del paciente.

**Evidencia clínica**

La medicina basada en evidencias se define como la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible, amalgamada con la mejor experiencia clínica, los valores y las preferencias de los pacientes, así como el coste que representa.

Estudios que evidencien la eficacia basada en resultados y en datos reales permiten optimizar los recursos tanto humanos como económicos, y seleccionar el fármaco más adecuado al perfil patológico del paciente.

**Evaluación precoz**

Para los pacientes oncológicos en tratamiento en líneas tardías el tiempo es un factor imprescindible. Es por esto que la evaluación precoz de la patología puede generar cambios significativos en la esperanza de vida del paciente.

La ética clínica se fundamenta en unos principios enfatizando el respeto a la autonomía del paciente en la decisión sobre su tratamiento y los resultados esperados o deseados

Aportaciones para la discusión



Principio de autoridad-responsabilidad

La ética y la moral influyen en el proceso creado para controlar, manejar, planificar, diagnosticar, organizar y comprender la autonomía del paciente que se encuentra a su cargo.

Uno de los valores éticos importantes es la comunicación y el respeto como elementos que permiten el desempeño de la profesión. En esta dirección, se requiere que ambos interlocutores, profesional y paciente, asuman el principio de autoridad-responsabilidad.



Dignidad del paciente

El principio de autonomía del paciente es considerado uno de los cuatro principios que conforman las bases éticas de la medicina. Según lo dispuesto en este, el paciente es el dueño absoluto de las decisiones tomadas en lo relacionado con su propio cuidado, siempre y cuando disponga de la información adecuada y objetiva.

La información proporcionada por el paciente, o por la historia clínica del mismo, debe preservar la dignidad humana de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y de su intimidad.

Los profesionales han de actuar siempre previo consentimiento del paciente. Este consentimiento será recibido una vez que al paciente le haya sido proporcionada la información adecuada sobre la que tomar una decisión al respecto.

El profesional debe evaluar y valorar el tratamiento a seguir teniendo en cuenta determinados aspectos del paciente, y conociendo las preferencias de éste. En éste punto, la comunicación entre el profesional y el paciente vuelve a representar un papel fundamental a la hora de la toma de decisiones.

Aportaciones para la discusión



Relación entre el paciente y el profesional

El grado de complicidad existente en la relación del profesional y el paciente se encuentra ligado en gran medida a la actitud del profesional, así como a la del paciente (empoderado o no) y a sus expectativas.

Una interacción humanizada entre el profesional y el paciente puede servir como mecanismo de mejora de la calidad asistencial y de detección de barreras organizativas y logísticas del sistema de salud.



Comunicación y asesoría a pacientes y familiares

Los familiares de los pacientes con tratamientos oncológicos en líneas tardías son considerados un agente influenciador en el proceso de toma de decisiones. En este sentido, la asesoría e información referente al tratamiento a recibir, con especial hincapié en los tratamientos oncológicos en líneas tardías, ha de ser proporcionada de forma objetiva, sensata y equilibrada, tanto al paciente como a los familiares.

La comunicación establecida con y para el paciente y allegados ha de ser fluida, objetiva, eficaz y concisa en aspectos como la esperanza de vida real esperada del paciente. A su vez, la información proporcionada ha de ponerse en conocimiento del resto de profesionales que participan en el proceso.



Acceso a la información

En la actualidad, los pacientes están más empoderados y tienen acceso a más fuentes de información, procuran un mayor autocuidado, defienden mejor sus derechos y exigen más a los profesionales sanitarios. La información que se facilite debe estar adaptada a lo quieren saber, tiene que servir para organizar su futuro personal y hay que orientarles para que puedan elegir las alternativas terapéuticas que mejor se adapten a su situación haciéndoles partícipes en la toma de decisiones.

Responsabilidad de los profesionales sobre el coste de la decisión y la viabilidad del sistema

Aportaciones para la discusión



Coste – efectividad e impacto presupuestario del tratamiento

El profesional tiene la responsabilidad y el deber de conocer determinados aspectos referentes a la eficacia, seguridad y al coste del tratamiento a prescribir, considerando en todo momento la eficiencia.

Ante un paciente de nuevo ingreso, el profesional debe consensuar con el resto de profesionales encargados de realizar el seguimiento al paciente, el tratamiento a llevar a cabo, adaptado a las características particulares del individuo optimizando al máximo los recursos.

Otro de los aspectos fundamentales que ha de someterse a consenso es el impacto presupuestario que tiene el tratamiento. Ante un tratamiento de coste elevado, el profesional ha de evaluar todas las variables posibles, velando por la sostenibilidad presupuestaria de la organización.

La optimización de un tratamiento farmacológico supone obtener los mejores resultados en salud posibles con el menor coste económico y con el medicamento más adecuado.



Aportaciones para la discusión

**Trabajo interdisciplinar**

La implicación multidisciplinar de profesionales en el seguimiento de los pacientes es fundamental para conseguir la optimización completa de recursos en todo el proceso, y garantizar los mejores resultados en salud para los pacientes.

La integración en la organización de equipos interdisciplinares y de trabajo en red, facilita la comunicación entre los profesionales y puede ser utilizada como herramienta de evaluación y decisión en el proceso de toma de decisiones e identificación de objetivos.

La creación de grupos de trabajo interdisciplinares autonómicos, supone la generación de protocolos asistenciales, valorando e integrando aspectos de especial relevancia en la medición de resultados, como son la eficiencia, eficacia y seguridad de los tratamientos. Además, debe potenciarse la colaboración interdisciplinar en diferentes comités y comisiones de evaluación.

**Gestión por procesos**

La gestión por procesos que integre y evalúe las necesidades reales del paciente permite optimizar los resultados obtenidos en salud.

Para optimizar el grado de eficiencia de la herramienta de gestión por procesos, los objetivos y la estructura de la organización han de estar previamente definidos.

El alto grado de jerarquización del proceso de creación de redes dificulta la integración de este tipo de modelo de gestión en las organizaciones.

**Integración de cuidados paliativos en el proceso**

La introducción de unidades de cuidados paliativos que permitan la gestión precoz de los pacientes con tratamientos oncológicos en líneas tardías, puede ayudar tanto al profesional como al paciente en el momento de la toma de decisiones.

Se ha demostrado que los cuidados paliativos integrados en el proceso, mejoran los resultados en salud y la calidad de vida.

Aportaciones para la discusión



Preferencias del paciente

El principio de equidad es uno de los principios que fundamentan las bases de la ética de la medicina, otorgando lo mejor a todos los pacientes y garantizando la accesibilidad equitativa del paciente frente al tratamiento.

El paciente desempeña un papel importante en lo referente al principio de equidad. El principio bioético de justicia se sustenta en la equidad y transparencia en las acciones del sistema de salud.

En este sentido, cobra gran importancia la necesidad de comunicar al paciente la mejor información disponible y basada en evidencias relacionada con el proceso a llevar a cabo, de manera que su decisión sea la más correcta.

Cabe destacar que un grado de entusiasmo excesivo del profesional también puede desestabilizar la equidad de acceso al fármaco.



Equidad en el acceso a fármacos

En España, existen diferencias en las condiciones de acceso a los fármacos en función de la Comunidad Autónoma, o incluso en función del hospital en el que se trate el paciente. Es por esto que, en lo relacionado con el acceso habría que superar dos barreras fundamentales: la primera derivada de las diferencias autonómicas y la segunda procedente de las diferencias interhospitalarias.

Una de las causas de este acceso desigual radica en la no unificación de los consensos y comités de aprobación de fármacos. En este sentido, los consensos deberían encontrarse estandarizados a nivel nacional.

Para el proceso de individualización de los tratamientos, es conveniente fijar unos objetivos comunes a todas las Comunidades Autónomas, facilitando a su vez, la recopilación de evidencias clínicas basadas en objetivos y resultados.

Entre los profesionales del sector, existe la necesidad de transparencia económica en todos aquellos aspectos relacionados con el coste del tratamiento, los presupuestos reales aprobados y la visión sistemática y logística de la organización.

En las diferencias en la equidad subyace otra barrera, que prevalece aun conservando los criterios de uso racional de un medicamento, y es la variabilidad en la práctica clínica. Por ello, es necesario que los comités lleguen al posicionamiento y protocolización completa diagnóstico-terapéutica; en ambas reside la variabilidad en la toma de decisiones.

4 Retos y soluciones

A lo largo de los 3 Workshops realizados, y en los que se ha reflexionado de forma conjunta con diversos profesionales de hospital, se ha profundizado tanto en aspectos clínicos como en aspectos organizativos, éticos y de acceso.



Retos a superar

De este modo, nos parece interesante mencionar aquellos aspectos que actualmente suponen un reto para la gestión de estos pacientes, y que emergieron durante las sesiones de trabajo como elementos a resolver o de debate entre profesionales.

De entre todos los retos formulados durante los Workshops, cinco han sido seleccionados como aquellos de mayor importancia, teniendo en cuenta que todos fueron citados por al menos dos personas en el proceso de selección, utilizando la Técnica de Grupo Nominal.

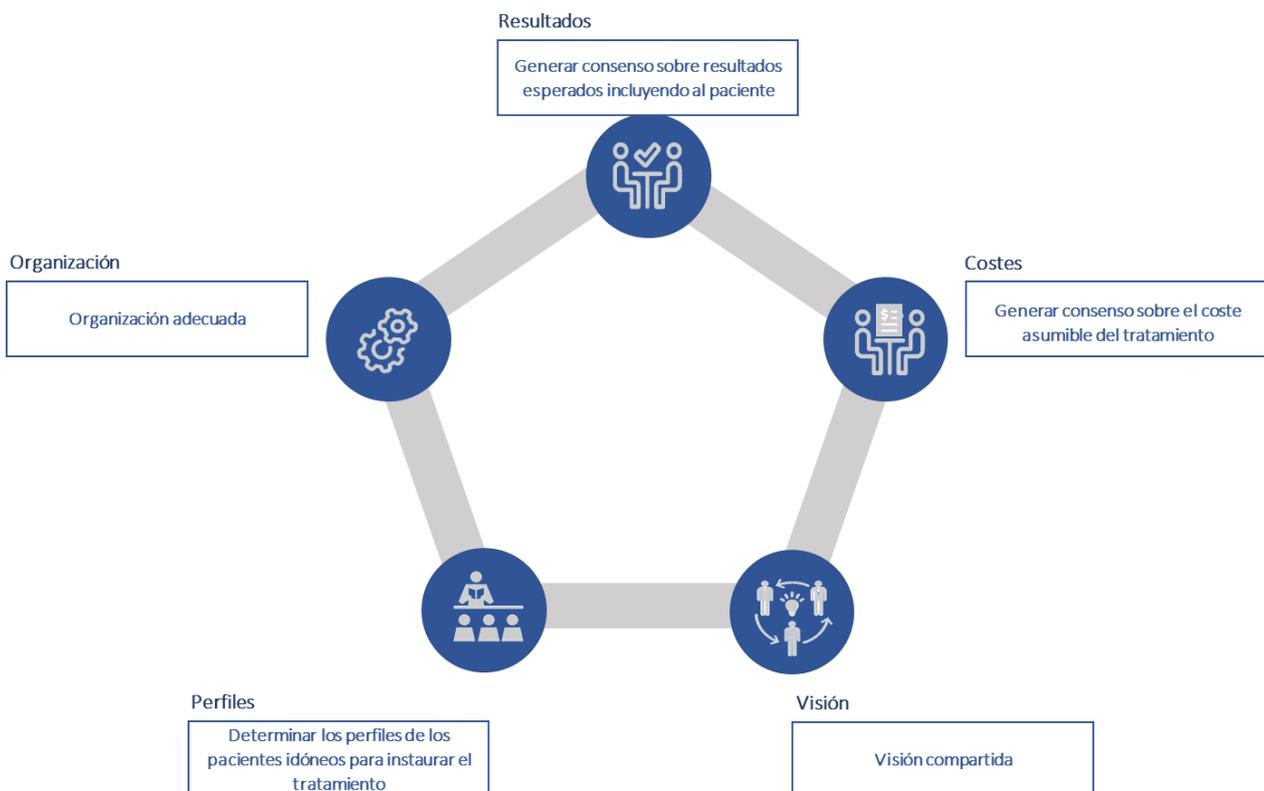


Figura 3. Retos identificados en la gestión del paciente oncológico en líneas tardías

Retos prioritarios



Generar consenso sobre resultados esperados incluyendo al paciente.

Consensuar desde el inicio tanto los resultados buscados como los esperados, incluyendo la experiencia del paciente, así como los resultados clínicos que se consideran relevantes.



Generar consenso sobre el coste asumible de ese tratamiento.

Consensuar desde el inicio el coste óptimo de los tratamientos como referencia para la toma de decisiones.



Visión y acuerdos compartidos en torno a los criterios de decisión.

Visión y acuerdos compartidos entre profesionales abordando aspectos económicos y criterios de decisión. Los consensos, fruto de la discusión con datos objetivos, aportarán pautas de actuación enfocadas a satisfacer todos los aspectos relacionados con estos tratamientos.



Determinar los perfiles de los pacientes idóneos para instaurar el tratamiento.

Gestionar de manera eficiente el tratamiento a recibir, valorando globalmente los aspectos de la vida del paciente y, si es necesario, y de común acuerdo, suspender el tratamiento. Este último aspecto necesita ser tratado de forma extensiva con los profesionales para modificar la cultura actual.



Organización adecuada.

Toda organización requiere una visión unificada y sistemática para la correcta consecución de su actividad. Las diferentes fórmulas organizativas nos pueden proporcionar resultados finales diferentes.

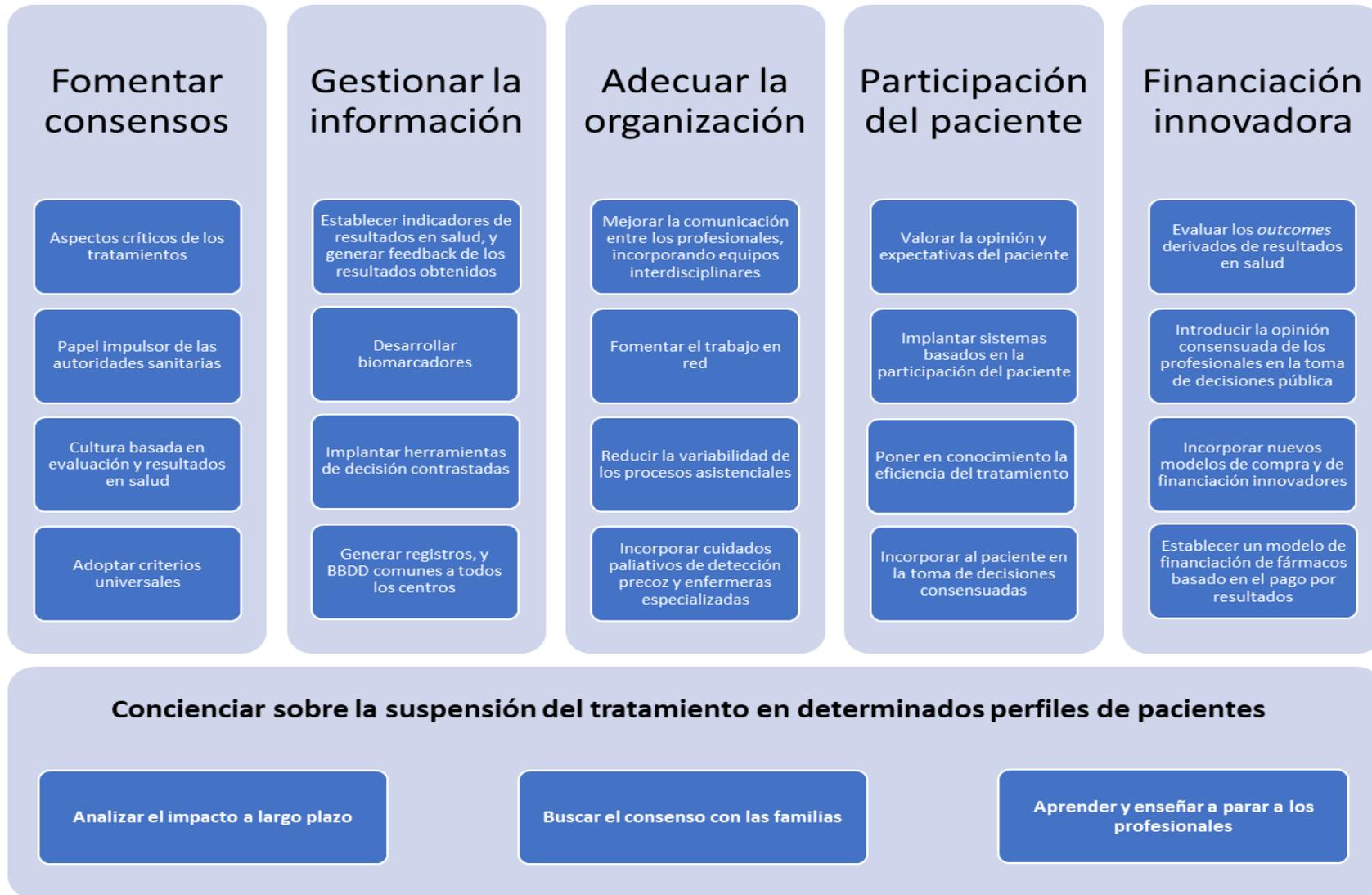


Figura 4. Soluciones propuestas para los retos identificados

Propuesta de soluciones

Cualquier abordaje que pretenda cambiar y mejorar la situación actual de los tratamientos oncológicos en líneas tardías pasa por introducir una nueva cultura en todos los agentes que intervienen. Un cambio cultural solamente puede tener éxito si todos los integrantes comparten el problema. A partir de ahí, es posible provocar un cambio que mejore la situación de partida, siempre que las acciones se implanten de forma razonada y sistemática.

Hemos estructurado las aportaciones de los profesionales que han intervenido en los Workshops en 6 grandes grupos. Las 23 acciones resultantes se han de impulsar e implantar en distintos ámbitos de responsabilidad. Algunas de ellas han de surgir de las autoridades sanitarias competentes, otras pueden surgir del ámbito de la gestión de servicios asistenciales y otras han de surgir de los propios clínicos que conocen los aspectos concretos de su especialidad y tienen un contacto permanente con los pacientes.



Fomentar consensos

1. Consensuar los aspectos críticos de los tratamientos, incorporando el conocimiento de oncólogos expertos en un tumor determinado en lo referente a la eficiencia en cada estadio de la patología. A su vez, generar consensos que permitan relacionar y analizar el coste teniendo en cuenta los años de vida generados y la calidad de vida obtenida.
2. Otorgar a las autoridades sanitarias un papel impulsor para generar consenso entre centros y profesionales. Su responsabilidad debe ir más allá de autorizar y financiar medicamentos. Dada la variabilidad de la práctica clínica, deberían ser los garantes de la eficacia, la eficiencia y la seguridad de los medicamentos en las condiciones habituales de uso.
3. Orientar la cultura actual hacia una cultura basada en la evaluación y en los resultados en salud del mundo real. Para ello, es de vital relevancia compartir los resultados esperados, los costes óptimos de los tratamientos y las situaciones a evitar. En este sentido, y siguiendo esta dirección, el profesional asume mayor grado de autonomía presupuestaria en relación con la gestión de los recursos económicos disponibles para cada uno de los tratamientos a prescribir.
4. Adoptar criterios universales, e implantarlos desde el principio.



Gestionar la información

5. Establecer indicadores que permitan medir los resultados en salud de manera homogénea entre hospitales. En base a los resultados obtenidos y sirviéndose de herramientas de evaluación, posicionar los fármacos según la patología, permitiendo obtener feedback de los resultados obtenidos.
6. Desarrollo de biomarcadores que clarifiquen el gasto óptimo por paciente, permitiendo optimizar los recursos en función de las preferencias del paciente.
7. Implantar herramientas de decisión contrastadas que incluyan resultados clínicos objetivables tales como: índice de supervivencia, calidad de vida, expectativas del paciente, etc. Los gestores de servicios asistenciales tienen un papel decisivo en la generación y desarrollo de estas herramientas. Los clínicos han de incorporar la cultura de la gestión clínica basada en información fiable y contrastada, más allá del propio hospital.
8. Generar bases de datos que incorporen datos de práctica clínica, así como datos referentes a la eficiencia en actualización permanente, de ámbito público, que permita la generación de consultas y permita el análisis de los resultados obtenidos en cada centro. Las tecnologías disponibles en la actualidad ya permiten procesar los datos a lo largo del proceso asistencial y obtener información útil para el planificador, el financiador público y privado, el gestor de servicios asistenciales y los clínicos que gestionan pacientes y saben de las enfermedades, de su diagnóstico, de su tratamiento y de las diferentes formas de realizar un seguimiento adecuado. Además, se debería compartir información entre los diferentes agentes con la finalidad de avanzar de forma ordenada en la mejora de la atención, en el desarrollo de nuevos medicamentos, en la capacidad para implicar a pacientes y familias en las decisiones. Para ello se deben superar las barreras existentes en la utilización de los datos por todos los actores. Las autoridades sanitarias y los poderes públicos en general, tienen la responsabilidad de comunicar de forma efectiva las ventajas de la colaboración pública-privada, contribuyendo a la implantación de iniciativas de éxito que beneficien a los pacientes y en general a todo el sistema de salud.



Adecuar la organización

9. Mejorar la comunicación entre profesionales, creando equipos de trabajo interdisciplinarios que tengan en cuenta el uso racional de los recursos y centrados en el paciente. Incorporar a pacientes expertos en los equipos interdisciplinarios.
10. Fomentar el trabajo en red a través de formación impartida por profesionales clínicos expertos.
11. Reducir la variabilidad en los procesos asistenciales facilitando la gestión de los mismos.
12. Disponer de recursos y equipos de cuidados paliativos, que permitan derivar de manera precoz a esta unidad a los pacientes que lo requieran. Incorporar al servicio personal de enfermería especializado en tumores determinados.



Participación del paciente

13. Valorar la opinión y expectativas del paciente en relación con el tratamiento a recibir.
14. Implantar sistemas basados en valor que incorporen la participación de pacientes.
15. Dar a conocer a la opinión pública la eficiencia del tratamiento.
16. Incorporar la experiencia del paciente en el proceso de toma de decisiones.



Implantar modelos de financiación innovadora

17. Implantar *outcomes* derivados de los resultados obtenidos en salud al concepto de pago por valor. Definir un techo de coste consensuado basado en el beneficio clínico obtenido y el coste asumible.
18. Papel impulsor de las autoridades sanitarias como agente planificador y evaluador. Incorporar la opinión consensuada entre profesionales en el proceso de toma de decisión liderado por las autoridades.

19. Buscar sistemas innovadores y alternativos de financiación sanitaria, más flexibles y con capacidad para mejorar la planificación. Del mismo modo, incorporar nuevos modelos de compra innovadora, focalizados en la gestión por procesos.
20. Generar una política farmacéutica unívoca, que permita asociar indicadores y método de financiación. A su vez, establecer acuerdos entre la industria y las autoridades sanitarias basados en resultados clínicos obtenidos.



Concienciar sobre la suspensión del tratamiento en determinados perfiles de pacientes

21. El impacto del tratamiento a recibir, o de la continuación del mismo ha de medirse en torno a varios factores y a medio largo plazo, permitiendo evaluar de manera objetiva los beneficios soportados por el mismo.
22. Los familiares juegan un papel fundamental en el proceso de toma de decisiones del paciente. Por este motivo, los profesionales deben comunicar de manera clara, sencilla y concisa la información concerniente al tratamiento del paciente, así como las diferentes opciones a plantear.
23. “Aprender y enseñar a los profesionales a parar”. Mediante la puesta en marcha de talleres interdisciplinarios basados en casos prácticos, concienciar de que, incluso para los propios pacientes y familias, y siempre que sea adecuado, dejar de hacer es hacer algo positivo. Para ello se requieren altas dosis de comunicación y empatía.

Participantes en la elaboración del documento

Los 3 Workshops realizados en Madrid, Valencia y Barcelona han contado con la participación de 30 profesionales de distintos hospitales, de los cuales 14 son farmacéuticos de hospital, 8 directores médicos / gerentes y 8 oncólogos. Agradecemos su interés en esta iniciativa y su trabajo para desarrollar los contenidos expuestos en este documento.

Directores Médicos / Gerentes

- Carlos Alberto Arenas, Gerente en el Área IX de Salud de la Región de Murcia.
- M^a Jesús Arilla, Director Médico en el Hospital Universitario y Politécnico de La Fe en Valencia.
- Juan Camacho, Director Médico en el Hospital Nuestra Señora del Prado en Talavera de la Reina, Toledo.
- Gloria Forés, Subdirectora Médico en el Hospital Universitario La Paz en Madrid.
- Josep Maria Ibañez, Director Asistencial en el Consorci Sanitari del Maresme.
- Julio Mayol, Director Médico en el Hospital Universitario Clínico San Carlos en Madrid.
- Carlos Mur, Gerente en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- César Velasco, Director de Innovación Asistencial y Gestión Integral en el Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

Farmacéuticos de Hospital

- Dolores Barreda, Jefe del Servicio de Farmacia en el Hospital General Virgen de la Luz en Cuenca.
- Javier Becares, Jefe del Servicio de Farmacia en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en Madrid.
- Esther Carcelero, Farmacéutica Especialista en el Hospital Clínic de Barcelona.
- M. Josep Carreras, Farmacéutica Especialista en el Hospital Universitari Vall d'Hebrón.
- Ana Cristina Cercós, Farmacéutica Especialista en el Hospital Doctor Peset en Valencia.
- Mario García Gil, Jefe del Servicio de Farmacia en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Josep Maria Guiu, Coordinador Técnico del Área de Farmacia y del Medicamento en el Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Ana Maria Horta, Jefe del Servicio de Farmacia en el Hospital Universitario de Guadalajara.
- David López Sisamón, Coordinador de Farmacia en el Institut Catalá d'Oncología del Hospital Germans Trias i Pujol.

- Alba Manzaneque, Farmacéutica Especialista en el Hospital Universitari Mútua Terrassa.
- Emilio Monte, Jefe de Sección de Farmacia en el Hospital Universitario y Politécnico de La Fe en Valencia.
- Alberto Morell, Jefe del Servicio de Farmacia en el Hospital Universitario de La Princesa en Madrid.
- Enrique Soler, Jefe del Servicio de Farmacia en el Departamento de Salud Valencia – Arnau de Vilanova – Llíria.
- Amparo Talens, Farmacéutica Especialista en el Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Oncólogos

- Guillermo Argilés, Adjunto de Oncología en el Hospital Universitari Vall d'Hebrón.
- M. Àngels Arcusa, Jefe del Servicio de Oncología en el Consorci Sanitari Terrassa
- Ramón Colomer, Jefe del Servicio de Oncología en el Hospital Universitario de La Princesa en Madrid.
- Vicente Guillem, Jefe del Servicio de Oncología en el Instituto Valenciano de Oncología (IVO).
- Ferran Losa, Jefe del Servicio de Oncología en el Institut Català d'Oncologia. Hospital Sant Joan Despí.
- Joaquín Montalar, Ex Jefe del Servicio de Oncología en el Hospital Universitario y Politécnico de La Fe en Valencia.
- Ana Ruiz-Casado, Oncóloga en el Hospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda.
- Gemma Soler, Oncóloga en el Institut Català d' Oncologia.

Equipo de trabajo

Equipo de Servier

- Aurora María Notario del Val, Oncology Market Access Manager en Laboratorios Servier.
- Rita Borqué, Coordinadora Cataluña, Baleares y Comunidad Valenciana en Laboratorios Servier.
- Raúl Ojeda, National Sales Manager Oncology en Laboratorios Servier.

Equipo de Antares Consulting

- Cristina Fuertes, Consultora en Antares Consulting.
- Almudena Nake, Manager en Antares Consulting.
- Joan Barrubés, Socio Director en Antares Consulting.
- Lluís Triquell, Socio Director en Antares Consulting.

6

Lecturas de interés

1. Arrighi E, Jovell AJ y Navarro MD (2010). El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. *Psicooncología*; 7 (2-3):363-74.
2. Fuente N, De Prado C, Rodríguez P (2003). Información y comunicación en oncología. *Gac Med Bilbao*; 100: 145-8.
3. García C, Cózar V y Almenara J (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública*; 78: 469-479.
4. Del Llano J y Millán J (2001). Ética y gestión sanitaria. *Med Clin*; 118(9):337-8.
5. Pérez JJ, García J y Tejedor M (2002). Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial*; 17(5):305-11.
6. Sanz ME y Molinero E (2013). Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Medicine*; 11(27):1669-76.



Con la colaboración de



Con el soporte de

