



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**RETOS PRESENTES Y FUTUROS
DE LA
ONCOLOGÍA MÉDICA
EN LA
COMUNIDAD VALENCIANA**

ANALES. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, es continuación de *Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana*, que se publicó anual y regularmente entre 1999 y 2004.

Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana
Avda. Blasco Ibáñez, 15 (Facultad de Medicina)
Tels. 963 864 150 y 963 864 653. Fax 963 864 173
46010 VALENCIA

Depósito Legal: V. 42 - 2016

Artes Gráficas Soler, S. L. • www.graficas-soler.com

Sumario

Introducción	7
La Oncología Médica de la Comunidad Valenciana: Qué modelo necesitamos	11
Retos Presentes y futuros de la Oncología Médica en la Comunidad Valenciana	29
La designacion de las Unidades de Referencia de Oncología Médica en la Comunidad Valenciana	57
Anexo 1: Unidades de Referencia de Oncología Médica en la CV. Ámbito Territorial	78
Anexo 2: Criterios específicos para la designación de las Unidades de Referencia de Oncología Médica	79
Participantes	89
Agradecimiento laboratorios	91

Introducción

“Las personas cambian cuando se dan cuenta del potencial que tienen para cambiar las cosas”.

Paulo Coelho

EL CÁNCER ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, en nuestro país y en el mundo, por su elevada incidencia, prevalencia y mortalidad. En España la tendencia en las últimas décadas ha sido hacia un aumento en su incidencia atribuido al envejecimiento y crecimiento de la población. Al mismo tiempo, la mortalidad está disminuyendo gracias a un diagnóstico más precoz y más preciso, y a la incorporación de tratamientos más eficaces.

Es indudable que la medicina avanza a gran velocidad y en las últimas décadas estamos asistiendo a la irrupción de nuevos fármacos, nuevas técnicas diagnósticas y nuevas estrategias quirúrgicas que contribuyen a mejorar los resultados de nuestros pacientes año a año.

Por ello la asistencia sanitaria de calidad debe de estar sometida a una constante evolución. Ya no sólo para adaptarse a las novedades científico-técnicas sino tam-

bién para afrontar las crecientes necesidades sanitarias de una población moderna.

En este sentido es indispensable comenzar por identificar y reconocer los errores, las debilidades o los descuidos. El inconformismo y el espíritu crítico ha de ser la base sobre la que construir un nuevo modelo asistencial que contribuya a dar una mejor respuesta a las necesidades del paciente oncológico.

La Oncología Médica es una especialidad que pese a ser de las más jóvenes entre las diferentes disciplinas médicas, acumula ya una trayectoria que se acerca al medio siglo. Pero además, nuestra especialidad ha experimentado una extraordinaria evolución. En un periodo muy corto de tiempo la asistencia oncológica ha pasado de ser casi exclusivamente paliativa a convertirse en un modelo asistencial de enorme complejidad y vastas proporciones que implica desde la más simple terapia de soporte a sofisticadas terapias diana que precisan de complejos mecanismos de selección molecular.

Este contexto de constante y rápido cambio obliga a un igualmente constante esfuerzo de adaptación. Pero el esfuerzo no puede ocurrir en un único ámbito sino que tiene que implicar a todas las esferas de la especialidad. De nada sirve establecer una estrategia de mejora de acceso a fármacos si descuidamos por ejemplo la docencia de los profesionales encargados de prescribir o justificar el uso de dichos fármacos. Poca utilidad ten-

dría centrarnos en incrementar la esfera asistencial sin potenciar paralelamente la investigación.

Los avances en oncología han conducido a una nueva forma de abordar estas patologías, más compleja y necesitada de una mayor cualificación de los profesionales. La investigación clínica y traslacional ocupa un lugar estratégico en la formación de los especialistas en oncología. Son aspectos a destacar la terapia con los nuevos fármacos moleculares que introduce grandes modificaciones en la práctica asistencial y el acceso a los nuevos medicamentos a través de los Ensayos Clínicos.

Para mejorar los resultados en salud, es también necesario un modelo de organización basada en la estructuración del trabajo en red de los procesos asistenciales entre las Unidades de Referencia y sus Unidades Adscritas. La Unidad de Referencia y las Unidades Adscritas al mismo deben coordinarse en las áreas de asistencia, docencia e investigación.

El documento que tiene en sus manos constituye en sí mismo un punto indispensable de partida sobre el que establecer las líneas de mejora y mecanismos de adaptación a las necesidades de la Oncología Médica del futuro. Partiendo del “espíritu crítico y constructivo” se ha elaborado un manuscrito que recoge las opiniones de diferentes profesionales de muy diversas instituciones de nuestro área de salud, que ha colaborado a identificar esos puntos débiles susceptibles de ser mejorados.

Para ello se ha procedido a estratificar los aspectos mejorables de acuerdo a los cuatro grandes ámbitos de la especialidad; Asistencia, Organización, Investigación y Docencia.

**Dra. Ana Lluch, Dr. Antonio Llombart,
Dr. Carlos Camps**

**La Oncología Médica de la
Comunidad Valenciana:
Qué modelo necesitamos**

*Dr. Carlos Camps, Dra. Ana Lluch,
Dr. Antonio Llombart*

Introducción

LA PROFESIÓN MÉDICA PUDO realizar su actividad asistencial hasta hace unas pocas décadas en estructuras sencillas, pero desde que la salud se convierte en un derecho y en un compromiso político, los servicios nacionales de salud creados para satisfacer esta demanda, transforman la asistencia médica en una actividad colectiva al servicio y necesidades de los ciudadanos. A su vez el desarrollo de la tecnología y conocimiento de la enfermedad impulsa la especialización profesional y al desarrollo de grandes centros hospitalarios. Las administraciones públicas adquieren nuevas responsabilidades ya que deben garantizar el derecho a la salud, planificando el modelo del sistema y su financiación, manteniendo un control de la calidad del servicio y de la formación de los profesionales, aspectos básicos de la eficiencia de la organización.

A todo lo cual hay que sumar la mayor exigencia de los enfermos para acceder a servicios sanitarios de la máxima calidad y con garantías acerca de la equidad en el acceso a los mismos y con una adecuada accesibilidad.

Este fenómeno se ha visto especialmente marcado en una enfermedad como el cáncer, donde el aumento de la incidencia, el incremento progresivo en los conocimientos del mismo, la complejidad en su diagnóstico y

la necesidad de ofrecer la mejor calidad posible, están conduciendo a fomentar los desarrollos de mecanismos de subespecializaciones como un fenómeno inevitable en los profesionales sanitarios, todo lo cual produce que como consecuencia parezca que en definitiva tengamos que poner en revisión los mecanismos organizativos y estructurales actuales.

La Oncología Médica como especialidad y las unidades en las que está organizada tienen como misión la provisión de servicios sanitarios especializados para prestar una atención personalizada, integral, integrada y de calidad a nuestra población.

- Entendemos por servicio **personalizado** la modalidad de atención en la que el ciudadano es el núcleo de todas nuestras acciones técnico-profesionales.
- Entendemos por atención **integral** la modalidad de asistencia que atiende al ciudadano desde todas las dimensiones que lo configuran.
- Entendemos por atención **integrada** aquella que favorece la coordinación con los demás niveles asistenciales y facilita los cuidados de transición.
- Entendemos por **calidad** asistencial aquella que basamos en el conocimiento de nuestros profesionales y en los medios técnicos que ponemos a disposición del ciudadano de un modo que el perciba como el más adecuado.

La Misión de la Oncología Médica es desarrollar la actividad sanitaria con vocación de servicio al paciente y a la comunidad, para hacer frente a todos los procesos patológicos que nuestra especialidad ampara, de forma humana, profesional y sensata, mediante métodos protocolizados y vanguardistas, con un control de la calidad asistencial objetiva y percibida, que evalúa los resultados, para conseguir una mejora continua, con la que a su vez sus profesionales se sientan realizados e identificados, y el paciente, elemento central de la sanidad, se sienta seguro y satisfecho.

Para ello precisamos un sistema sanitario que ofrezca:

Compromiso en la máxima calidad en los servicios prestados.

- Asistencia y eficiencia en la gestión de los recursos disponibles desde la evidencia científica.
- Política de preocupación constante por la actualización de conocimientos y desarrollo científico-técnico.
- Voluntad de los profesionales en incrementar su desarrollo, satisfacción y formación profesional.
- Cultura de cambio y reorganización en unidades funcionales multidisciplinarias e interhospitalarias dentro de las posibilidades y recursos que dispongamos.
- Apoyo de los sistemas de información y reingeniería de procesos.

- Motivación y dedicación al paciente que deposita su confianza y salud en nuestras manos, lo que supera y trasciende el ámbito del Hospital.

Benchmarking

¿Qué está sucediendo en nuestro entorno?

El Instituto Medicina norteamericano (IMO) en un reciente artículo firmado por representantes del NCI, ASCO, y varias universidades (Taaplin S, et al JOP, 2015, 1-8) afirman que la oncología actual, los oncólogos, y los enfermos están inmersos en un “Sistema en crisis”, por la dificultad de estructurar las organizaciones siguiendo las directrices de la medicina basada en la evidencia, siendo necesaria la creación de “teamworks” definidos como estructuras que comparten conocimientos, habilidades, técnicas y actitudes de una forma interdependiente.

Aseguran que los grupos que actúan de forma individual y no interconectada son insuficientes, y subrayan que nuevas estructuras interrelacionadas corrigen ineficiencias, duplicaciones, desincronizaciones, incommunicaciones y errores en las interpretaciones de vías-procesos-protocolos.

Recientes artículos publicados (Morris A, JCO 2015 y Rhoads K, JCO,2015), subrayan que los modelos de organizaciones basados en la coordinación y no en la frag-

mentación aseguran la equidad en los cuidados oncológicos.

La Fundación ECO (Excelencia y Calidad en Oncología) en un estudio con metodología Delphi “La Asistencia Oncológica en España” realizado en 2009, en una de sus conclusiones afirma “debería promoverse una adecuada coordinación entre unidades comarcales y centros de referencia para garantizar la equidad en el trato a los pacientes”(sic), y en relación con los Comités de Tumores “son los que garantizan al paciente oncológico la mejor alternativa terapéutica para su proceso”.

Existe un amplio consenso acerca de que la actual complejidad de los sistemas sanitarios sin incluir mecanismos de coordinación conduce a situaciones de crisis. El crecimiento de la oferta de servicios de oncología en la última década supone un problema potencial ante la demanda y necesidad de una mayor subespecialización, la integración multidisciplinar y la cooperación inter-niveles e interhospitales. La normalización de las indicaciones de tratamiento, la reducción de la variabilidad y la contención de costos se han convertido en diferentes caras de una misma situación global. La situación creada se podría definir como “una organización de alta dispersión”.

Existe un amplio consenso sobre la necesidad de una mejor coordinación de los recursos disponibles y determinar quién puede hacer qué y cómo. Para hacer frente

a tal situación, pueden argumentarse dos estrategias posibles:

- Una red basada en la centralización de los enfermos afectos de tumores de pequeña incidencia para garantizar una alta calidad de la atención.
- Una red basada en criterios organizativos más generales, basada no solo en lograr una masa crítica de pacientes sino que asume la integración de todos los recursos para una patología específica. Esto permite la subespecialización, desarrolla “la expertise”, además de poder incluir criterios coste-efectividad en la evaluación de la adecuación de las intervenciones.

Esta última fórmula parece la más aconsejable por los expertos europeos. Las cooperaciones en red establecen un marco de cooperación, coordinación que incluso puede contemplar algunas situaciones o grupos de pacientes que de forma protocolizada podrán enviarse de un centro a otro e intercambios puntuales de profesionales al objeto de potenciar la figura del “experto” y la equidad del sistema.

Las redes se han convertido pues en una solución clave en la formulación de políticas de salud, para el aprovechamiento de la calidad de la atención, favoreciendo vías de atención centradas en procesos, aumentando la equidad en el acceso, fomentando la transferencia de conocimientos profesionales y realizando un mejor uso de los recursos, a través del fomento de las mejores

prácticas clínicas, disminuyendo la variabilidad asistencial, incluyendo aspectos financieros, tecnológicos y la propia experiencia clínica.

Diversos informes como el European Partnership for Action Against Cáncer (EPAAC) concluyen que las redes interinstitucionales para la prestación de servicios públicos es la respuesta estructurada a las interdependencias que existen entre las diferentes organizaciones. Este establecimiento de la red es apropiado cuando las partes interesadas se incluyen en el proceso de toma de decisiones y cuando las relaciones no jerárquicas entre los actores pueden ser organizadas a través de fórmulas “horizontales” de gobernanza.

En Europa, existen múltiples experiencias en el desarrollo de redes en el Reino Unido, países nórdicos, Países Bajos, Francia, Cataluña e Italia. Básicamente existen tres tipos de redes en función de los vínculos interorganizacionales y el grado de integración de servicios:

–*Redes de información y aprendizaje.* Son establecidas por los profesionales para compartir las mejores prácticas, conocimiento e información. Se caracterizan por la creación de redes “suaves” con estructuras horizontales y sistemas de administración no integradas. Son las relaciones profesionales las que la impulsan, su estabilidad se vincula a los beneficios percibidos por sus miembros, ya que estas redes de aprendizaje nacen de la iniciativa de profesionales, como las redes promovidas por sociedades científicas.

–*Redes Coordinadas*. Estas redes, conocidas como ‘Managed Clinical Network’ (MCN), dan un paso más en la integración de la prestación de servicios. El modelo se caracteriza por mecanismos formales de coordinación entre las unidades de atención médica de las diferentes instituciones. Las MCNs han sido definidos como “grupos vinculados de manera coordinada, sin restricciones profesionales ni organizacionales para asegurar la provisión equitativa de servicios de alta calidad”.

–*Redes Integradas*. En estos sistemas integrados los recursos se gestionan de forma centralizada a través de una estructura jerárquica y la red es responsable de desarrollar las diferentes vías clínicas. Este modelo no puede ser considerado como una red de organizaciones independientes. Un ejemplo es la Kaiser Permanente en California.

Por tanto, aunque la naturaleza de las redes varía significativamente, por lo general las Redes Integradas o Managed Clinical Network (MCN), son las más funcionales. Las MCNs se desarrollaron en Estados Unidos a final de los años noventa y favorecieron el desarrollo y la adopción de protocolos, así como auditorías clínicas y la especialización/ calificación de los profesionales y unidades.

Existen también Redes de Cáncer en Europa; en febrero de 2013, se celebró una reunión de expertos EPAAC en Barcelona para evaluar y discutir el papel

de las redes en el cáncer con representantes de redes de Rhône-Alpes (Francia), Eindhoven (Países Bajos), Dinamarca, Reino Unido, la Universidad de Bocconi (Milán, Italia), el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (EOHSP), la Sociedad Europea de Especialistas en cáncer de mama (EUSOMA), la Asociación Europea de Gestión Sanitaria (EHMA) y la Comisión Europea, que representó a las redes europeas de referencia (ERN) para enfermedades raras.

En Francia y a través del INCa, la asistencia/docencia/investigación del cáncer se ha organizado a través del establecimiento de redes funcionales, con varios niveles de complejidad, cuyo eje inicial son la constitución de los Centre de Coordination en Cancerologie (3C), los cuales como núcleos de calidad operacionales, agrupan a diferentes unidades, centros, hospitales o clínicas y que tienen como misión:

- Protocolización de la actividad asistencial.
- Asegurar la Calidad Asistencial.
- Asegurar la Pluridisciplinariedad a través de los Comités de Tumores.
- Programas de asistencia personalizada y tumores de baja incidencia (raros).
- Rendir cuentas de resultados: actividad, demoras, gastos, cuidados soporte, ensayos clínicos e investiga-

ción, satisfacción de pacientes, trazabilidad de resultados...

Sus fórmulas organizativas son flexibles y adaptables, basadas en la cooperación interhospitalaria, pero el cumplimiento de la misión de los 3Cs es obligatorio.

Existen Polos Regionales de Cancerología o Reseau Regional de Cancerologie (RRC), como instituciones hiperespecializadas, en técnicas complejas e innovadoras, que participan en la docencia/investigación/innovación, cumpliendo funciones de coordinación recogiendo datos a partir de la actividad de los 3Cs. Pueden coexistir varios RRC en una misma región. Tienen la obligación de tener suficientes recursos como equipos pesados y completos de radioterapia, Técnicas moleculares diagnósticas (genómica-proteómica), Tumorotecas, Genética del cáncer, Diagnóstico por imagen, Radiólogos intervencionistas, Tratamientos básicos, generales y especiales del cáncer, tanto médicos como quirúrgicos, así como una Plataforma de Investigación y de Evaluación de Innovaciones Tecnológicas.

La coordinación entre los RRC y los 3C se realiza a través del intercambio de datos asistenciales y de investigación, siendo los 3C los únicos interlocutores de los RRC. Los RRC juegan un papel clave en la comunicación entre los diferentes 3C de una misma zona geográfica. La misión de los 3C se realiza en régimen de partenariado y en coordinación con el RRC el cual aporta una visión global y transversal de su misión. Disponen

de una estructura administrativa, estable y específica, con un equipo de coordinación.

Los Comités de Tumores (como responsabilidad de los 3C) son la base de la organización ya que gracias a ellos se asegura, en este primer nivel de discusión de casos clínicos, la adecuación a las recomendaciones generadas por los 3C y una efectiva participación de los médicos de los distintos centros a través de videoconferencias.

En su 3º Plan de Cáncer para el periodo 2014-2019, INCa fija como criterio prioritario la consolidación de las estructuras de coordinación en los planos de asistencia, docencia e investigación/innovación.

Todos los informes afirman que una red debe ser un instrumento de gestión operativa para responder con eficacia a las necesidades de los pacientes en todas las etapas de su atención. Debe contribuir a la formación de profesionales, a mejorar las relaciones entre organizaciones, favoreciendo acciones comunes eficaces y eficientes por equipos de expertos y profesionales sanitarios múltiples.

Estas redes deben facilitar así mismo que la investigación de los centros más dotados sea de “excelencia” favoreciendo una investigación clínica avanzada, compartiendo proyectos y ensayos clínicos con los centros menos dotados y así ayudar a la participación de los profesionales de los centros más pequeños.

Los autores e informes revisados están de acuerdo que los principales elementos que aseguran el éxito de las redes son: favorecer y permitir la gestión clínica, asegurar la rendición de cuentas al sistema de salud, lograr la identificación del profesional con el proyecto y por último la propia configuración de la red y su dinámica de trabajo.

Otros aspectos parecen de especial relevancias son: gestión de los recursos humanos, según el grado de experiencia clínica; el desarrollo de mecanismos (bases de datos, canales de comunicación) para el intercambio de información sobre los pacientes, el cuidado de la formación continuada y el establecimiento mecanismos de representación.

Los informes alertan del peligro de adoptar miméticamente un modelo de red cáncer y son los factores del entorno del sistema sanitario y la cultura /necesidades de los profesionales/pacientes las que deben dictar las normas.

Existen pues múltiples experiencias que avalan las virtudes y ventajas del trabajo cooperativo en red, ((Iridium (Bélgica), ROL (Regional Oncology Lombardia) ICO en Cataluña)), el modelo INCa basado en los RRC parece el más factible de ser incorporado a nuestro sistema sanitario.

¿Podría crearse una Red Valenciana de Unidades de Oncología Médica?

La Comunidad Valenciana es un escenario ideal, dada la existencia de grandes estructuras hospitalarias junto con otros más pequeños comarcales, para un nuevo modelo de relaciones en Red Coordinada entre los diferentes centros de su Sistema de Salud.

Esta nueva estructura de coparticipación y cooperación en red, precisaría el rediseño de los procesos alrededor del enfermo, en los cuales se potenciarían los cuidados personalizados y la confianza del enfermo en el sistema, siendo los clínicos los mejor calificados para diseñar estos nuevos procesos; siendo la cooperación de los clínicos condición necesaria absoluta para la implementación del trabajo en red.

La continuidad de los cuidados es otro criterio básico que debería ser garantizado ya que en esta red de cooperación, donde puede haber incluso intercambios voluntarios de profesionales y asistencias en varios centros a los enfermos. Es esencial la comunicación fluida intercentros, utilizando las herramientas informáticas disponibles (bases de datos, ehealth, mobilehealth, canales de comunicación, etc..) y la conectividad mediante tecnología teleaudio.

Los profesionales pueden crear una cultura de trabajo en equipo que trascienda los muros de su hospital, la Oncología Médica ya tiene una larga tradición de coo-

peración intercentros a través de los Grupos Cooperativos, por lo que este aspecto no debería crear dificultades adicionales. La “expertise” clínica actualmente no está distribuida de forma uniforme, por ello la red puede facilitar un nuevo escenario con múltiples ventajas para asegurar la equidad en el acceso a los mejores profesionales, junto con la necesaria creación de órganos de coordinación intercentros.

Las autoridades sanitarias tienen siempre un papel fundamental al validar y legitimar los sistemas organizativos; la creación de estas nuevas formas organizativas son complejas, no exentas de dificultades y por todo lo cual sin una decidida intervención de las autoridades es imposible su éxito. La existencia de proveedores de diferente tipo es un aspecto de especial importancia que complica el proceso y que por tanto debe clarificarse.

Esta cooperación en red sería una estrategia basada en el “win-win” entre todas las partes implicadas, con una clara fijación de su misión y objetivos, donde los “ganadores”, los grandes beneficiados serían todos los agentes implicados(administración, profesionales, enfermos) y como consecuencia la Sociedad Valenciana.

Bibliografía

Joan Prades, Valeria Tozzi, Marco Sartirana, Josep M. Borrás,
European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC)

- Work Package 7 Cancer networks in Europe: a comparative perspective on the Iridium Cancer Network (Flanders, Belgium), the Lombardy Cancer Network (Italy) and the Catalan Institute of Oncology (Spain).
- Informe Fundación ECO. Asistencia en Oncología Médica en España. Informe Delphi 2009.
- Circular INCa N°DHOS/CNAMTS/INCA/2005/101 du 22 février 2005
- INCa, Ligue Contre le Cancer. Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé, novembre b 2005.
- Circular INCa N°DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007.
- Plan Cancer 2014-2019.Optimiser le pilotage et les organisations.www.plan-cancer.gouv.fr
- INCa . Décret n° 2008-559 du 13 juin 2008 relatif à l'Institut national du cancer.
- Taaplin S, et al. Teams and teamwork during a cancer diagnosis: interdependency within and between teams. *JOP*, 2015, 1-8.
- Morris A, Putting the integration into integrated health care systems, *JCO* 33,821-822, 2015.
- Rhoads K, How do integrated health care systems adress racial and ethic disparities in colon cáncer, *JCO*, 33, 854-860, 2015.
- Borras JM, Boyd A, Martinez Villacampa M, Brunet J, Colomer R, Germa JR. Implementation of a cancer care network in Catalonia. *J Manag Marketing Healthc.* 2009;2(2):174–83.
- Brunet J. Access to specialised cancer care and clinical trials for cancer patients from non urban areas is facilitated by a cancer network. *J Clin Oncol.* 2006;24(18):16.
- Davis N (ed). *Integrated Care Pathways. A guide to good practice.* National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. Swansea; NHS Wales and CIG Cymru, 2005. Available at: www.nliah.wales.nhs.uk.

- Edwards N. Clinical networks. Advantages include flexibility, strength, speed, and focus on clinical issues. *BMJ*. 2002;324(7329):63.
- Ferlie E, Fitzgerald L, McGivern G, Dopson S, Exworthy M. Networks in healthcare: a comparative study of their management, impact and performance. 2010 [cited 2015]. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Available: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1518-102_V01.pdf.
- Gouveia J, Coleman MP, Haward R et al. Improving cancer control in the European Union: conclusion from the Lisbon roundtable under the Portuguese EU presidency (2007). *Eur J Cancer* 2008; 44:1457–62.
- Klijn EH. Governance and governance networks in Europe. *Public Management Review* 2008;10(4):505-5.
- Livingston, M., & Woods, K. (2003). Evaluating managed clinical networks for cancer services in scotland. *International Journal of Integrated Care*. OECD. Cancer care. Assuring quality to improve survival. OECD Health Policy Studies; OECD Publishing, 2013.
- Popescu RA, Schäfer R, Califano R, Eckert R, Coleman R, Douillard JY, Cervantes A, et al. The current and future role of the medical oncologist in the professional care for cancer patients: a position paper by the European Society for Medical Oncology (ESMO). *Ann Oncol*. 2014;25(1):9-15.
- Shaw SE, Rosen R. Fragmentation: a wicked problem with an integrated solution? *J Health Serv Res Policy*. 2012;?:61-4.

Retos Presentes y Futuros de la Oncología Médica en la Comunidad Valenciana

*Dr. Antonio Llombart, Dr. Carlos Camps,
Dra. Ana Lluch*

Con la colaboracion de los coordinadores:

Dra. Ana Albert
Dr. Alfonso Berrocal Jaime
Dra. Nieves Díaz Fernández
Dr. Javier Garde Nogera
Dr. José Gómez Codina
Dr. Vicente Guillem Porta
Dra. Inmaculada C. Maeztu Maiques
Dr. Eduardo Martínez de Dueñas
Dr. Bartomeu Massutí Sureda
Dra. Amparo Oltra Ferrando
Dra. Nieves del Pozo Alonso
Dr. Álvaro Rodríguez-Lescure

Los días 12 y 13 de Junio de 2015 se llevaron a cabo dos jornadas de trabajo para analizar la situación actual de la oncología médica en todos los ámbitos de actuación, identificando las fortalezas y debilidades actuales así como los retos a los que enfrenta la especialidad y que afectaran de forma determinante a los resultados en salud en el tratamiento del Cáncer en nuestra comunidad.

La Oncología Médica se enfrenta a nuevos y numerosos retos sanitarios en un entorno cambiante, con nuevas tecnologías y avances en los tratamientos. Es una especialidad con características particulares respecto a otras con las que convive en los hospitales. Es muy dinámica y cambiante, obliga a estar al día y a incorporar continuamente nuevos conocimientos. Se han conseguido grandes logros, tanto en el campo del diagnóstico como en el tratamiento. Hemos trabajado durante años, fundamentalmente, orientados al paciente y a las labores propias de la Medicina Clínica. En los últimos años hemos entendido que la infraestructura, el personal, la Farmacia también son aspectos que hemos de gestionar y que debemos participar en las Unidades de Gestión.

Jornada 1: Análisis de las fortalezas y debilidades y Jornada 2: Propuestas de soluciones

Un total de 35 especialistas se distribuyeron en tres mesas para debatir sobre el estado actual de la especialidad en la Comunidad Valenciana a distintos niveles: asistencia, organización, formación e investigación.

I. ASISTENCIA

Incrementar los resultados en salud, traducido en una mejora en la supervivencia por cáncer reside en tres áreas fundamentales: prevención, diagnóstico y tratamiento.

Prevención

Medidas de salud pública dirigidas a la **prevención primaria o el diagnóstico precoz** han sido ya instauradas en nuestra comunidad desde hace décadas. Los programas de cribado mamográfico y ginecológico, la vacunación del papilomavirus, o campañas frente al tabaco y el fomento – educación en dieta equilibrada/ mediterránea son un referente que debe ser mantenido. Además, es fundamental incrementar la inversión de recursos en prevención y diagnóstico precoz, instaurando y dotando adecuadamente las campañas de despistaje de cáncer colo-rectal y en menor medida de pulmón.

Se propone:

1. Mejorar la educación poblacional y formación a sanitarios, para asegurar la participación en los programas de prevención secundaria y para no saturar la solicitud de pruebas innecesarias por no cumplir con la periodicidad establecida (realización de cribado de cérvix anual).
2. Incrementar la inversión en recursos.
3. Estudiar las medidas de prevención primaria y secundaria en cáncer de pulmón.

Diagnóstico Molecular

El proceso diagnóstico del cáncer ha evolucionado de una forma tan rápida estos últimos años que se han producido asimetrías claras en el marco asistencial que deben ser corregidas. Los avances en biotecnología han incrementado nuestra comprensión de los mecanismos biológicos íntimos identificando nuevos marcadores útiles tanto a nivel pronóstico como predictivo que se han convertido en fundamentales a la hora de la toma de decisión terapéutica. Además, la incorporación de la Biología Molecular al diagnóstico ha aportado el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas basadas en el conocimiento de las vías de señalización celular y el diseño de fármacos contra dianas concretas. Sin embargo, las barreras en el acceso a determinadas deter-

minaciones así como la calidad de estas ha sido un motivo de preocupación en estos años. El acceso y adecuación se ha realizado de forma asimétrica, siempre por áreas de salud, sin haber un proyecto global que garantice la equidad en el acceso y calidad de las distintas determinaciones. En muchos casos, y en ausencia de una respuesta sanitaria, ha sido la propia industria farmacéutica la que ha provisto estos servicios. Aunque la colaboración entre empresas privadas/farmacéuticas y sistema público es loable, el control de la gestión de estos procesos debería permanecer en el ámbito de la gestión pública. NO existen controles de calidad ni consensos a nivel de la comunidad sobre las distintas determinaciones moleculares que están derivando en tratamientos con un altísimo impacto económico y clínico.

Por ello se propone:

1. Homogeneizar protocolos diagnósticos terapéuticos.
2. Organización dentro del sistema sanitario público y centralización en hospitales de referencia.
3. Articulación de la asistencia entorno de nodos de referencia y nodos periféricos.

Unidades de Consejo Genético

En la Comunidad Valenciana se ha desarrollado el mapa de Unidades de Consejo Genético de forma completa,

consensuada y razonable, con cinco unidades que garantizan el acceso a toda familia/paciente con sospecha de riesgo familiar de cáncer. Este modelo se enfrenta al reto de nuevas determinaciones germinales que tendrán un doble interés de consejo pero también terapéutico en los pacientes afectos. Un primer ejemplo es la determinación de BRCA1/2 en cáncer de ovario que ha obligado a generar una vía de determinación rápida.

Además, el punto débil de esta estructura es que no está organizado el seguimiento de los familiares (no pacientes) con mutación. Un consenso – guías de la comunidad debería, en colaboración con otros servicios y unidades definir las políticas de actuación de toda la población a riesgo.

Se propone que:

1. Establecer el especialista que debe realizar el seguimiento para el diagnóstico precoz en las familias portadoras de susceptibilidad genética, ya que no se tratan de pacientes oncológicos, necesitando crear referentes en cada especialidad para este tipo de pacientes.
2. Guías de actuación.

Comités de Tumores

En ausencia de unidades funcionales reales, el comité/comisión de tumores órgano-específicos es el eje

catalizador de toda organización diagnóstico – asistencial hospitalaria de los pacientes con cáncer. Una reciente ley autonómica refuerza el papel de esta estructura asistencial que no es organizativa. Sin embargo, hasta la fecha, el funcionamiento de los Comités de Tumores ha dependido de la motivación y voluntariedad de los distintos profesionales que participan en los mismos sin que haya existido un reconocimiento organizativo – tiempos de dedicación a esta función. En numerosos centros todavía ahora no queda reflejada o no es posible la identificación de un acta o de las decisiones colegiadas. No existen controles para evaluar el grado de cumplimiento de las decisiones del comité entre los propios profesionales del centro. Tampoco se ha estudiado el papel de los comités en el registro de tumores, centrado exclusivamente en la documentación anatomopatológica. Entendemos que la nueva ley autonómica debe fortalecer esta actividad asistencial fundamental.

Existen además algunos Comités de Tumores intercentros. Estos han sido la primera muestra de cómo experiencias “en red” promoviendo la cooperación entre diferentes áreas sanitarias es factible y garantiza equidades en patologías complejas o de baja prevalencia. La potenciación de estas estructuras es uno de los puntos de consenso; los retos son grandes y es preciso cambios en el concepto laboral de los profesionales así como en la generación de nuevas herramientas informáticas.

Se propone que

1. Las decisiones de los Comités se reflejen en la Historia Clínica.
2. Se reconozca el tiempo y esfuerzo que el profesional dedica a su participación en el Comité de Tumores.
3. Seguimiento del cumplimiento de las decisiones de los Comités.
4. La existencia de Registros de Tumores.
5. Evaluación de los tiempos de demora asistenciales.
6. Universalización/ Acceso a los Comités de tumores en todos los centros (implicación de las nuevas TIC como facilitadoras).

Tratamiento Médico

El tratamiento sistémico – farmacológico del cáncer es una de las tareas propias de la oncología médica; aunque en enfermedades hematológicas este papel también es realizado por la hematología. Además, la inversión en conocimiento básico e investigación clínica en este campo ha sido tan importante que en los últimos 20 años se han registrado más de 200 nuevos fármacos y terapias dirigidas. Con el fin de garantizar una equidad en el acceso a las distintas opciones terapéuticas,

algunas de ellas con un elevado impacto tanto en resultados de salud como en costes, la propia Conselleria ya implementó mecanismos de gestión derivados de los documentos MAISE en una mesa específica de fármacos en onco-hematología. Si bien no era el fin de estas jornadas entrar en la valoración de estas medidas, si se quiere reforzar la necesidad de mantener actualizadas las recomendaciones MAISE del uso de fármacos, deben basarse en la medicina basada en la evidencia y desde el punto de vista regulatorio, siguiendo las indicaciones de la EMA y de la AEMPT a través de los diferentes informes IPT.

Se entiende que existen algunas patologías tumorales en las que por su baja incidencia-prevalencia o complejidad terapéutica es preciso una especialización “máxima”. De forma que se puedan exigir criterios mínimos (a definir) de número de pacientes para empezar a reconocer unidades – servicios de “referencia”. La intención no debería ser limitada al papel de la terapia sistémica sino involucrar mediante comités específicos e interterritoriales a todos los referentes asistenciales en la mejor decisión terapéutica.

Organización Asistencial

La actual complejidad de los conocimientos oncológicos y de la tecnología diagnóstica dificulta que en centros pequeños y sin las necesarias interrelaciones se pueda proporcionar una asistencia de la máxima calidad, comprometiéndose la equidad.

Se propone:

- Articulación de la asistencia oncológica hospitalaria en nodos de referencia y nodos periféricos que garanticen la equidad y el acceso a los mejores especialistas en toda la red sanitaria de la comunidad (incluyendo las áreas de gestión público/privada).
- Optimizar los recursos del sistema, compartir funcionalmente recursos humanos en función de las necesidades de los enfermos y de la excelencia en su atención.
- El modelo de integración en redes debería ofrecer nuevas oportunidades especialmente a los especialistas de los nodos periféricos:
 - Superespecialización de los oncólogos de los nodos periféricos.
 - Participación y desarrollo de proyectos de investigación junto a los nodos de referencia – posibilidad de ser el PI de un ensayo clínico/proyectos académicos, abiertos en el nodo de referencia.
- Las relaciones entre los nodos de referencia y nodos periféricos deberían permitir que sean bidireccionales y minimizar los personalismos.
- Es preciso un cambio normativo que favorezca estas relaciones inter-nodos (posibilidad de realizar asistencia en más de un hospital, participar en sesiones

y comités de otros centros, participar en ensayos clínicos y proyectos de investigación de otros hospitales, etc.).

II. ORGANIZACIÓN

Recursos Humanos:

La distribución de recursos tanto humanos como técnicos en Oncología Médica no se ha realizado de forma homogénea ni con los mismos criterios en la Comunidad Valenciana. La carga asistencial en algunos centros, principalmente en hospitales comarcales o concertados, entre otros, supera las recomendaciones de sociedades científicas (SEOM, ESMO, ASCO). El propio sistema limita la colaboración con otros centros para asumir aquellas patologías – pacientes de mayor complejidad o para facilitar la colaboración asistencial entre centros. Esta rigidez del sistema dificulta, o cuanto menos no promueve, la movilidad de los propios profesionales tanto en la adquisición de nuevos conocimientos como en la propia actividad asistencial.

Se propone

1. Adecuación de las plantillas en función de criterios homogéneos poblacionales.
2. Facilitar la movilidad de los recursos humanos en función de las necesidades de los enfermos.

3. Facilitar el trabajo en equipo intercentros.

Subespecialización

La sub-especialización en la Oncología Médica se ha ido desarrollando de forma imparable en los últimos años debido tanto al aumento de la complejidad de los diagnósticos como de los tratamientos. Esta sub-especialización es positiva pues mejora la profundidad del conocimiento de las distintas patologías, da una mayor excelencia en la asistencia al paciente y favorece su confianza, optimiza los procesos y recursos asistenciales, fortalece la relación con otros profesionales y favorece la investigación clínica y traslacional. Como puntos negativos atomiza los Servicios, pone en riesgo la visión holística del paciente y es difícilmente aplicable en hospitales comarcales.

Actualmente no existe una canalización estructurada dentro del sistema público que favorezca la comunicación entre los centros para dar la posibilidad de derivación de pacientes con el fin de que reciban el mejor tratamiento posible y depende, en muchas ocasiones, de la motivación e implicación del profesional, de las relaciones personales entre los oncólogos.

Consideramos que es positiva pues:

–mejora la profundidad del conocimiento de las distintas patologías

- da una mayor excelencia en la asistencia al paciente
- favorece la confianza del paciente hacia su oncólogo
- mejora los procesos asistenciales
- rentabiliza los recursos disponibles
- favorece la relación con otros profesionales del hospital que actúan en la misma patología
- facilita la inclusión de los pacientes en ensayos clínicos.

Como puntos negativos podemos destacar:

- favorece la atomización de los Servicios
- puede llevar a una pérdida de la visión holística del paciente
- no es aplicable en hospitales comarcales con Unidades de Oncología con pocos recursos humanos; requiere un esfuerzo añadido muy importante para los oncólogos en estas unidades y no creemos que se puede llevar a cabo con el nivel de excelencia de los grandes Servicios.
- no es bueno que el oncólogo pierda su visión generalista dedicándose únicamente y exclusivamente a un determinado tipo tumoral
- Actualmente no existe una canalización estructurada dentro del sistema público que favorezca la comunicación entre los centros para dar la posibilidad de derivación de pacientes con el fin de que reciban el mejor tratamiento posible y depende, en muchas ocasiones, de la motivación e implicación del profesional, de las relaciones personales entre los oncólogos.

Se propone

1. movilidad de los profesionales (en función de su perfil de subespecialización) de unos hospitales a otros para atender a determinados pacientes y no la movilidad de los pacientes hacia el profesional.

Coordinación con primaria

La coordinación entre la especialidad de Oncología Médica y Atención Primaria (AP), presenta una estructura diferente en cada sistema hospitalario, pero en términos generales, la comunicación y coordinación con AP es deficiente. Esto es atribuido a varios factores:

- Diferentes sistemas informáticos para manejar la información del paciente. No existe una historia electrónica única, ni acceso universal a los diferentes soportes informáticos, por lo que hay carencia de información y de comunicación internivel.
- Falta de formación y experiencia por parte de AP en el manejo del paciente oncológico, lo que hace que se derive siempre al paciente a su oncólogo responsable, movilizándolo innecesariamente al paciente y duplicando consultas que podrían resolverse en AP.
- Falta de recursos humanos en Atención Primaria y Oncología que pueda solventar la falta de comunicación por vías alternativas a la comunicación telemática.

Entre las posibles mejoras que pueden facilitar y simplificar esta coordinación se propone:

1. Unificación del sistema informático.
2. Creación de una figura de “oncólogo de enlace” con distintas funciones:
 - a. Desarrollo de sesiones formativas/educacionales (AP y población general).
 - b. Comunicación directa OM - AP, con tiempos y procesos de asistencia estructurados.
 - c. Creación de vías de acceso directo entre AP y Oncología Médica para atender casos de sospecha diagnóstica, detección de recaídas, control toxicidades y síntomas, seguimientos y control largos supervivientes.

Cuidados paliativos - hospitalización domiciliaria - control del dolor - largos supervivientes

La estructura y estrategia de los cuidados paliativos está bien estructurada en el plan oncológico de la Comunidad valenciana. Sin embargo, sigue habiendo heterogeneidad en cuanto a la estructura de dichas unidades, competencias y formas de derivación.

La implementación en la última década de potentes unidades de hospitalización a domicilio (UHD) ha permitido paliar en gran medida estas necesidades. Las unidades de UHD también han contribuido a salvar la distancia entre atención primaria y oncología.

Sin embargo, se detecta una escasez de hospitales de crónicos, estando ubicados generalmente en áreas apartadas de difícil acceso. De nuevo la carencia de un sistema informático único de la Historia clínica del paciente complica la relación con estas instituciones.

Control del Dolor

El tratamiento del dolor complejo es un reto clínico de primera importancia, es una demostración del nivel de calidad asistencial de un servicio/unidad de Oncología Médica. Existen marcadas diferencias en el acceso al control del dolor y a técnicas complejas para su control. Existe un consenso al entender que este es un problema que requiere de la existencia o coordinación de unidades que cubran todo el territorio autonómico de una forma eficiente. La colaboración con otros servicios es tan importante que debería contemplarse como un objetivo prioritario del necesario Comité de Cuidados Paliativos / Continuos que debiera existir al menos en los grandes centros.

Largos Supervivientes

Los distintos consensos internacionales recomiendan que el seguimiento y asistencia general de los pacientes con criterios de ser largos supervivientes de su enfermedad tumoral (5 años libres de enfermedad y tratamiento) debe ser realizado por Atención Primaria.

Todas las guías tanto nacionales como internacionales, se conoce la periodicidad y tipo de pruebas a realizar en el seguimiento por tumores, pero en AP, estos datos se desconocen y se carece, nuevamente, de unificación de datos en la historia clínica electrónica que pudiesen consultar. Existen en la comunidad experiencias por parte de algún grupo que son muy enriquecedoras (HGUV).

Existe una ausencia de formación de los profesionales de AP; tampoco el informe clínico de alta de los hospitales señala en muchos casos las pruebas y controles a realizar. Tampoco existe una vía rápida de acceso de pacientes desde AP a oncología que sea razonablemente eficiente.

Por todo ello se propone:

1. Aumentar los hospitales de crónicos, ubicándolos en zonas de fácil comunicación, con transporte público.
2. Un sistema informático único que permita disponer la Historia clínica íntegra del paciente así como contactar fácilmente con médico especialista al cargo en su centro origen.
3. Creación de comité de cuidados continuos, con designación de oncólogo responsable, asistencia íntegra de los miembros de UHD, incluyendo psicooncología y gestores de casos.

4. Seguimiento conjunto desde el diagnóstico, de aquellos pacientes que es conocida la necesidad futura de cuidados paliativos precoces.

5. Largos supervivientes
 - a. Formar a los médicos de Atención Primaria, de las nociones generales sobre el tipo de pruebas a realizar por sospecha diagnóstica, síntomas de alarma, reentrada en circuito de oncología...
 - b. Realizar al alta un informe clínico completo, no sólo con la historia oncológica y estrategia terapéutica realizada, sino con las secuelas presentes derivadas, el pronóstico esperado, los síntomas de alarma generales y cómo reintroducir al paciente en el circuito de oncología.

6. Utilización y creación de los gestores de casos para que el paciente los tenga como referencia durante toda la evolución de la enfermedad.

Diagnóstico rápido

La presión asistencial y la necesidad de priorizar la rapidez en la atención inicial del paciente oncológico he generado modelos de gestión específicos para estos pacientes. Existe una asimetría en los circuitos de diagnóstico rápido entre hospitales. Se debe establecer una política global sobre tiempos de demora para este grupo de pacientes, asegurando así la atención rápida del pro-

ceso tumoral. Existen experiencias de vías de acceso rápido en al menos dos hospitales de la comunidad con resultados muy alentadores.

Se propone

1. Creación de vías de acceso rápido desde Atención Primaria a Oncología mediante procesos protocolizados y sometidos a control de calidad.

Medidas de calidad

Las herramientas para medir la calidad asistencial de los Servicios de Oncología se basan en modelos clásicos, centrados en la atención del paciente ingresado. El peso de la actividad fundamental de la oncología médica no tiene una captura adecuada en los procesos de calidad.

Se propone:

1. Implementar circuitos y controles de calidad específicos de Oncología, como QOPI y Fundación ECO.

III. INVESTIGACIÓN

La investigación, en su sentido más amplio, se considera parte esencial de la especialidad. En general aporta riqueza en conocimientos, prestigio, financiación y calidad a los servicios asistenciales. El volumen y relevancia de la investigación en oncología médica es

líder en la mayoría de los centros. Una mayoría de oncólogos están particularmente motivados por la investigación y es uno de los motores de la especialidad.

Se definen un gran número de debilidades en este campo:

- La propia investigación en nuestros centros es muy dependiente de la inversión privada ligada a la industria farmacéutica. Los proyectos propios son de imposible financiación; y las normativas y leyes han contribuido en mayor medida a limitar la investigación independiente o académica.
- Ausencia de una política de cooperación entre distintos centros.
- Déficit de infraestructuras e inversiones públicas.
- La propia atomización asistencial y compartimentación financiera del sistema contribuye a dificultar la colaboración entre instituciones.
- Se considera escaso el reconocimiento profesional / curricular, lo cual limita la incentivación de los equipos sustituyéndolo por el voluntarismo personal. Esta problemática es particularmente sangrante para los centros – hospitales de menor tamaño.
- A pesar del “know-how”, la investigación traslacional y básica en los centros es modesta y en general poco

relevante. Este aspecto debería “per se” ser un objetivo estratégico fundamental.

- No existe ningún mecanismo para evaluar el impacto asistencial (calidad) de la investigación clínica en nuestros centros. Ello hace imposible obtener evaluaciones de eficiencia.

Se propone:

1. Un trabajo en coordinación en red con la creación de networks de investigación entre los centros con más capacidad por su poder de reclutamiento, recursos humanos, tecnológicos, etc...
2. Los Centros más desarrollados y las unidades más insuficientes deberán cooperar y armonizar sus actividades en investigación.
3. Los Ensayos Clínicos de los centros deberán compararse, de forma que pueda existir un intercambio entre todos los centros de la red y así optimizar la inclusión de los enfermos en EC en los centros de la Red.
4. Cooperación en la investigación académica.
5. Incentivar la difusión de las oportunidades de investigación y ser un apoyo para el desarrollo de los proyectos científicos de los centros más pequeños.

IV. FORMACIÓN

Formación pregrado

Los miembros del taller fueron críticos con la enseñanza de la Oncología y de los contenidos sobre CÁNCER en general durante la carrera de Medicina:

- Se constata un déficit de formación integrada sobre cáncer, tratamientos oncológicos y tratamiento continuo/de soporte/paliativo durante los estudios de Medicina; con un peso claramente insuficiente en el currículum formativo, en relación a la importancia sanitaria del cáncer y su tratamiento.
- Existe una relación insuficiente entre las facultades de Medicina y los Hospitales.

Formación postgrado

Existe un acuerdo general sobre la buena calidad global de la formación de los residentes en la especialidad en nuestro medio, si bien, se identificaron algunos problemas que deberían abordarse:

- Existe una falta de homogeneidad entre las unidades docentes.
- Debería mejorarse tanto la evaluación de las Unidades Docentes como la de los propios médicos en for-

mación. Para ello, el nuevo MODELO propuesto por la SEOM puede ser una herramienta útil a implementar; se considera necesario establecer un sistema periódico de reacreditación de las Unidades Docentes.

- Los tutores docentes deben disponer de tiempo y dedicación suficiente para cumplir correctamente con su labor y reflejarse en su curriculum.

Formación continuada

La Formación Continuada de los especialistas en Oncología, se considera globalmente de calidad y puede afirmarse que nuestros especialistas tienen la posibilidad de lograr un adecuado nivel de actualización de sus conocimientos. Sin embargo, existen aspectos que podrían mejorarse para mejorar la motivación de los profesionales:

- La Formación Continuada se basa en la actuación personal de los propios especialistas y en su responsabilidad profesional individual. No existe ningún sistema de acreditación o evaluación periódica a diferencia de otros países.
- Existe una excesiva dependencia de la industria farmacéutica en la financiación de la Formación Continuada, lo que puede restar independencia o sesgar de algún modo la misma.
- Falta de reconocimiento en la carrera profesional.

Por todo ello se propone:

1. En el Pregrado

- a. Recomendar a la Universidad incrementar los créditos designados a la enseñanza teórico/práctica de la Oncología.
- b. Recuperar la enseñanza de los Cuidados Paliativos /Continuos (dentro de los contenidos de la asignatura de Oncología Médica).
- c. Incrementar el tiempo dedicado a la enseñanza práctica de la Oncología en los Hospitales.

2. En el Postgrado

- a. Reacreditación de las Unidades Docentes.
- b. Evaluación de los médicos en su especialización.
- c. Reconocimiento de la labor de los tutores.

3. En la Formación Continuada

- a. Sistema de acreditación autonómico de la calidad formativa.
- b. Reconocimiento en la carrera profesional del esfuerzo docente.

4. Por último se propone un esfuerzo coordinado y cooperativo en la docencia de forma que

- a. Los centros hospitalarios deberán cooperar y armonizar sus actividades docentes.

- b. Los hospitales de una futura red coordinarán las actividades de formación continuada, favoreciendo diferentes acciones intercentros.
- c. Los hospitales de la red coordinarán sus actividades de formación pregraduada.

En resumen los especialistas en Oncología Médica en sus diferentes grupos de trabajo concluyeron que para poder mejorar tantos y tan variados aspectos de la especialidad y poder atender a las necesidades de los enfermos con cáncer y de la sociedad valenciana en general, consideran recomendable una modificación de los actuales esquemas organizativos.

La propuesta de trabajo en red sería bien aceptada por este colectivo y se subrayaron los siguientes aspectos.

Los objetivos que debe perseguir el nuevo modelo de organización:

- 1. Mejorar la asistencia al paciente a través de la mejor coordinación entre centros.
- 2. Dar oportunidades a los profesionales para mejorar su actividad y desarrollo profesional.

Las principales fortalezas de un sistema de organización en red:

- 1. Posibilitará el acceso a todos los pacientes de la comunidad a los médicos con mayor experiencia y conocimiento en su enfermedad, garantizando la equidad en la asistencia.

2. Posibilitará igualmente el acceso a todos los pacientes a técnicas diagnósticas complejas (ej: análisis moleculares) y a tratamientos experimentales dentro de ensayos clínicos.
3. Oportunidad de desarrollo profesional y formación para profesionales de hospitales comarcales.
4. Generación de motivación adicional en los profesionales de centros pequeños si su actividad profesional se ve incrementada y reconocida.
5. Facilitará el desarrollo de herramientas informáticas que permitan la evaluación de resultados.
6. Eliminación de las barreras administrativas y adecuar los fórmulas contractuales laborales para facilitar la implantación del sistema.

Propuestas de acciones:

1. Generación de sistemas de información con los que evaluar el trabajo realizado.
2. Incluir a los hospitales con gestión privada en el modelo.
3. Centralización de los análisis moleculares en centros de referencia.
4. Integración funcional de los profesionales de los centros pequeños en los equipos de los centros de referencia, con posibilidad de intercambio de profesionales y oportunidades para la formación y desarrollo profesional.
5. Organización por equipos consensuada entre profesionales de los diferentes centros.

6. Protocolización de los procesos de forma homogénea.
7. Racionalización de plantillas y recursos, siguiendo criterios homogéneos.
8. Potenciar la figura del oncólogo de referencia para el paciente.
9. Mejorar la coordinación con los Servicios de Atención Primaria.
10. Desarrollo de colaboraciones con otros servicios implicados en el tratamiento del paciente con cáncer: Anatomía Patológica, Biología Molecular, Cirugía,.. integrando una organización conjunta tanto compartimental como entre los diferentes niveles asistenciales.
11. Desarrollo coordinado de la investigación clínica y académica entre los centros, ofreciendo igualdad de oportunidades a los enfermos y a los profesionales.
12. Utilización de todos los recursos posibles en la docencia pregrado, control de calidad en la formación MIR y en la formación continuada.
13. Coordinación en red de los recursos docentes del Sistema Valenciano de Salud.
14. Creación de una Comisión en Conselleria para el desarrollo estratégico y para el seguimiento y análisis del grado de cumplimiento de sus objetivos de una organización en red en la Comunidad Valenciana.

La designación de las Unidades de Referencia de Oncología Médica en la Comunidad Valenciana

Pablo Rodríguez Martínez

Jefe del Servicio de Planificación de Programas y
Servicios Sanitarios.

Subdirección General de Planificación y Organización Asistencial.
Dirección General de Asistencia Sanitaria.

CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y DE SALUD PÚBLICA

Marco normativo de las Unidades de Referencia

La *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, señaló en su momento, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y garantizó a todos los usuarios el acceso a los servicios considerados como de referencia.

Con posterioridad, la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, modificada en el año 2012 por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, definió la cartera común de servicios, como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias; y la articula en torno a las modalidades de Cartera común básica de servicios asistenciales, Cartera común suplementaria y Cartera común de servicios accesorios.

Asimismo, previó que las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrían aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirían, cuanto menos, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud; teniéndose en cuenta en su elaboración la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo, las necesidades sociales y su impacto económico y organizativo.

La prestación de estos servicios debe hacerse de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.

Siendo conscientes de la imposibilidad de todo orden de llevar todos los servicios sanitarios a todos los centros, esta misma Ley 16/2003 previó la existencia de servicios de referencia para la atención de aquellas patologías que precisen de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica, o cuando el número de casos a tratar no sea elevado y pueda resultar aconsejable, en consecuencia, la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos, a fin de garantizar la calidad, seguridad y eficiencia asistenciales.

En base a esta normativa, se publicó el *Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen*

las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, los que conocemos como CSUR. Hasta ahora se han definido 50 patologías, técnicas o procedimientos distintos para los que son necesarios, de los que hay designados en nuestra comunidad 18.

El mismo RD dice que será en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud donde se acuerde la designación de servicios de referencia, el número necesario de éstos y su ubicación estratégica dentro del Sistema Nacional de Salud, con un enfoque de planificación de conjunto, para aquellas patologías que precisen para su atención una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos, a fin de garantizar la calidad, seguridad y eficiencia asistenciales.

En la Comunidad Valenciana, el *Decreto 186/1996, de 18 de octubre, del Consell por el que se aprobó el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Especializada de la Conselleria de Sanidad y Consumo*, definió las Unidades de Referencia como “los servicios y unidades a los que se asignan funciones con ámbito de influencia superior al del propio hospital, y que destaquen por sus actividades asistenciales, docentes y de investigación”.

Así mismo estableció que “la autonomía de gestión clínica de los centros sanitarios lo es sin merma del carácter de servicio público sujeto a los criterios generales de planificación de la Agència Valenciana de Salut, re-

forzándose los principios de coordinación y cooperación entre los distintos centros y ámbitos asistenciales de modo que se asegure plenamente los derechos de los ciudadanos a la protección de la salud”.

Por otro lado, el Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprobó el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, en su Artículo 17, Hospitalización convencional, especificó que los Hospitales Generales en esta comunidad autónoma se clasifican en:

- a) Hospitales de departamento.
- b) Hospitales con servicios o unidades de referencia de la Comunitat Valenciana.
- c) Hospitales con servicios o unidades de referencia multidepartamentales.

En relación con las unidades de referencia, dice que darán cobertura asistencial a aquellas demarcaciones territoriales superiores al departamento de salud, según los criterios de planificación que se establezcan.

Es decir, disponemos de hospitales que proporcionan atención solo a la población de su departamento de salud, hospitales en los que existen determinados servicios o unidades que prestan atención a la población de más de un departamento de salud y hospitales en los que existen servicios o unidades que dan atención a pacientes de toda la Comunidad Valenciana.

El *Decreto 77/2007, de 25 de mayo, del Consell, por el que se regulan las bases para la designación de las unidades de referencia del sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana*, ha sido la última norma que ha regulado las unidades de referencia en esta comunidad y la que actualmente sigue en vigor y por la que se está rigiendo todo el proceso de designación de las unidades de oncología.

Por último, la *Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana* deroga varias normas de rango de ley de nuestra comunidad y establece entre sus principios rectores la:

- a) Universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, de conformidad con la legislación vigente.
- d) Política sanitaria global, mediante la interrelación funcional de todas las infraestructuras sanitarias públicas, tanto las asistenciales como las propias de salud pública, cuya actividad se concentra en la vigilancia, promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad.
- f) Descentralización, desconcentración, autonomía, coordinación institucional y responsabilidad en la gestión de los servicios y programas de salud.
- g) Racionalización, eficiencia y efectividad en la organización y utilización de los recursos sanitarios.

También determina que son Competencias de la Generalitat, entre otras:

2. El establecimiento de los criterios generales de planificación y ordenación territorial del Sistema Valenciano de Salud.

El procedimiento de designación de las Unidades de Referencia en la Comunidad Valenciana

Como hemos dicho antes, la designación de las Unidades de Referencia del sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana se regulan por el Decreto 77/2007, de 25 de mayo, del Consell.

El primer problema con el que nos encontramos es el hecho de que este decreto lleva incorporada una DISPOSICIÓN TRANSITORIA por la que:

Las Unidades de Referencia existentes antes de la entrada en vigor de la presente norma presentarán ante la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria, en el plazo máximo de un año, la documentación necesaria para su designación por el procedimiento establecido en el presente Decreto, y serán evaluadas por el Comité de Designación para las Unidades de Referencia, que emitirá el correspondiente informe proponiendo su mantenimiento o revocación, dirigido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, que formulará informe-propuesta, según el procedimiento general establecido en el artículo 7.

La publicación y entrada en vigor de esta disposición provocó una situación particular en cuanto a las unidades de referencia. “*Sensu estricto*”, una vez transcurrido el primer año, todas las unidades que había designadas en ese momento y que no renovaron esa designación conforme al nuevo procedimiento, deban considerarse como no designadas. En la realidad todas ellas han seguido funcionando como tales y desde la Conselleria se han dado instrucciones para que sigan haciéndolo en tanto se revisan una a una y se decide si procede o no su nueva designación.

En segundo lugar, hay que decir que el tiempo transcurrido desde la publicación de este Decreto ha evidenciado aspectos que conviene modificar en él para agilizar el procedimiento de designación de las unidades de referencia, de forma que se garantice la equidad a los usuarios, la calidad y la eficiencia del sistema, así como redefinir las funciones y obligaciones de estas unidades. Ello ha obligado a esta Conselleria a preparar un borrador de nuevo decreto que se evite los problemas detectados en el vigente y se adecue más al momento actual. En este sentido, el criterio funcional y continuo de la designación debe prevalecer a la hora de definir las unidades de referencia, sus criterios de creación, el procedimiento de designación, sus funciones y todos aquellos aspectos que recoge esta norma.

Bajo estas dos condiciones, y para no dilatar más en el tiempo la correcta ordenación de los recursos, la designación de estas unidades se está abordando siguiendo los mandatos del actual decreto en vigor.

Las Unidades de Referencia en la Comunitat Valenciana se definen como aquellos elementos del sistema sanitario, de carácter funcional, especialmente singulares por su prestación, solvencia y especialización asistencial, docente e investigadora, que por sus recursos científicos, técnicos y de equipamiento, permiten ofertar prestaciones incluidas en la cartera de servicios del sistema, cumpliendo unos especiales criterios técnicos y funcionales y que pueden servir de apoyo y de base a otros de las mismas características pero no dotados de la misma singularidad, aunque además esas unidades lleven a cabo otras prestaciones para las que no serían consideradas de referencia.

La Unidad de Referencia no sigue un patrón determinado sino que podrá adoptar diversa complejidad organizativa (centros, servicios, unidades asistenciales y otros).

Lo que aporta el carácter de referencia es, por un lado, el *servicio prestado* por la Unidad, que debe estar reconocido en la cartera de servicios del sistema sanitario, y por el otro, el *ámbito territorial* de la prestación del servicio, debiendo estar ambos perfectamente definidos.

Otra condición es que se consideran Unidades de Referencia las dedicadas a la prestación de servicios que requieran uno o varios de los siguientes criterios:

- Necesidad de elevado nivel de especialización y experiencia, que sólo es posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad.

- Requerimiento de alta tecnología que, atendiendo a su coste-efectividad y a los recursos disponibles, requiere la concentración de un número mínimo de casos.
- Patologías y procedimientos que, por su baja prevalencia, precisan de concentración de los casos para su adecuada atención, lo cual no implica atención continua del paciente en la Unidad de Referencia, sino que ésta podría actuar como apoyo para la confirmación diagnóstica, la definición de las estrategias terapéuticas y de seguimiento, y como consultor para las unidades clínicas que habitualmente atienden a estos pacientes.
- Servicios concretos dirigidos a enfermedades raras, enfermedades de epidemiología emergente y otras que en su momento se decida.

La concesión y, en su caso, la revocación de la designación de las Unidades de Referencia en el sistema sanitario de la Comunitat Valenciana es competencia, hoy en día, de la Secretaria Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público y esta designación la hace de conformidad con los criterios que se acuerden por el Comité de Designación para las Unidades de Referencia y para un tiempo determinado. La designación se dará para cada proceso, patología o procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Este Comité de Designación para las Unidades de Referencia, se convierte así en la pieza clave de la designación de estas unidades. Está presidido por el director

general competente en materia de asistencia sanitaria y tiene como Vocales al director general competente en materia de ordenación sanitaria, como Vicepresidente, a dos representantes de la Conselleria relacionados con la asistencia sanitaria y a otros dos representantes relacionados con la inspección, ordenación y evaluación sanitaria. Puede contar también con un máximo de dos miembros asesores, con voz pero sin voto, expertos en la materia que en cada caso se trate.

Tiene las siguientes funciones:

- a) Estudiar las necesidades y proponer las técnicas, tecnologías y procedimientos y las patologías o grupo de patologías para las que es necesario designar Unidades de Referencia, su adecuado número y su localización estratégica.
- b) Elaborar y proponer a la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria la metodología, los criterios y los requisitos para la designación de las Unidades de Referencia del sistema sanitario valenciano, incorporando a sus deliberaciones los expertos que se juzgue oportuno.
- c) Evaluar las solicitudes de designación recibidas y emitir informes de designación de Unidades de Referencia al director general competente en materia de asistencia sanitaria.
- d) Estudiar y proponer la renovación o, en su caso, la revocación de la designación de las Unidades de Referencia.

Es decir, es este Comité el que propone para qué es necesario Unidades de referencia, cuántas y dónde deben localizarse y que criterios y requisitos deben cumplir. Igualmente, es el que va a evaluar las solicitudes recibidas al respecto.

Como hemos dicho, la designación de una Unidad como de Referencia implica que esta cumple una serie de Requisitos del tipo:

1. Contar con la correspondiente autorización sanitaria.
2. Cumplir los criterios previamente establecidos y acordados por el Comité de Designación y que tendrán en cuenta, al menos, los siguientes aspectos:
 - a) Especificar de forma precisa el servicio ofrecido, la patología/s a las que se dirige y el ámbito territorial de prestación del servicio.
 - b) Mostrar conocimiento y experiencia suficiente en el manejo de la técnica, tecnología o procedimiento o de la enfermedad de que se trate.
 - c) Haber tenido y prever un volumen de actividad suficiente.
 - d) Contar con el equipamiento y el personal necesario para desarrollar la actividad de que se trate. Disponer de capacidad de formación a otros profesionales en la actividad designada como de referencia.
 - e) Tener disponibles los recursos que precise la adecuada atención del paciente, además de

los de la propia Unidad de Referencia y los referidos al centro sanitario donde se asienta esta Unidad.

- f) Disponer de un plan estratégico de la Unidad y de un plan de calidad asistencial, ambos con sus correspondientes objetivos.
- g) Obtener y monitorizar previamente a su designación, los indicadores adecuados, superando los niveles exigidos.
- h) Disponer de un sistema de información que permita el conocimiento de la actividad y la evaluación de la calidad de los servicios prestados.

A partir del momento en el que se han definido los criterios y requisitos que se considera que deben cumplir las Unidades de referencia, se inicia el Procedimiento de designación.

La iniciativa para solicitar la designación puede partir desde dos vías diferentes, de la dirección del centro o de la gerencia del departamento en que se integra la unidad candidata, o de oficio desde los órganos centrales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, cuando por las especiales características de determinadas unidades éstas deban convertirse en Unidades de Referencia a juicio de la misma.

En todos los casos, el responsable de la unidad debe elaborar una memoria descriptiva de la misma, que comprenda las características funcionales y estructu-

rales, méritos y necesidad que justifiquen su designación, su misión, visión, valores y planificación estratégica, plan asistencial y los requisitos que el Comité de Designación para las Unidades de Referencia establezca.

El Gerente del Departamento de Salud debe refrendar la iniciativa con su informe favorable y formular la correspondiente solicitud de designación a la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria.

La Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria, con los datos disponibles y los que pudiera recabar para la tramitación del proceso, traslada la solicitud acompañada de un informe propio al Comité de Designación para las Unidades de Referencia. El Comité de Designación para las Unidades de Referencia evalúa las solicitudes con sus correspondientes informes en función de los criterios de designación establecidos y emite un informe favorable o contrario a la designación dirigido al director general competente en materia de asistencia sanitaria.

La Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria, con los datos disponibles, puede realizar las actividades de comprobación que estime pertinentes y eleva informe-propuesta a la Secretaria Autónoma del Sistema Sanitario Público y Salud Pública que dictará resolución favorable o contraria a la solicitud.

Esta designación se hace por un tiempo máximo de 5 años, a partir del cual es preciso renovarla si se siguen cumpliendo los criterios de designación y aquellos otros que aconsejen su continuidad como Unidad de Referencia.

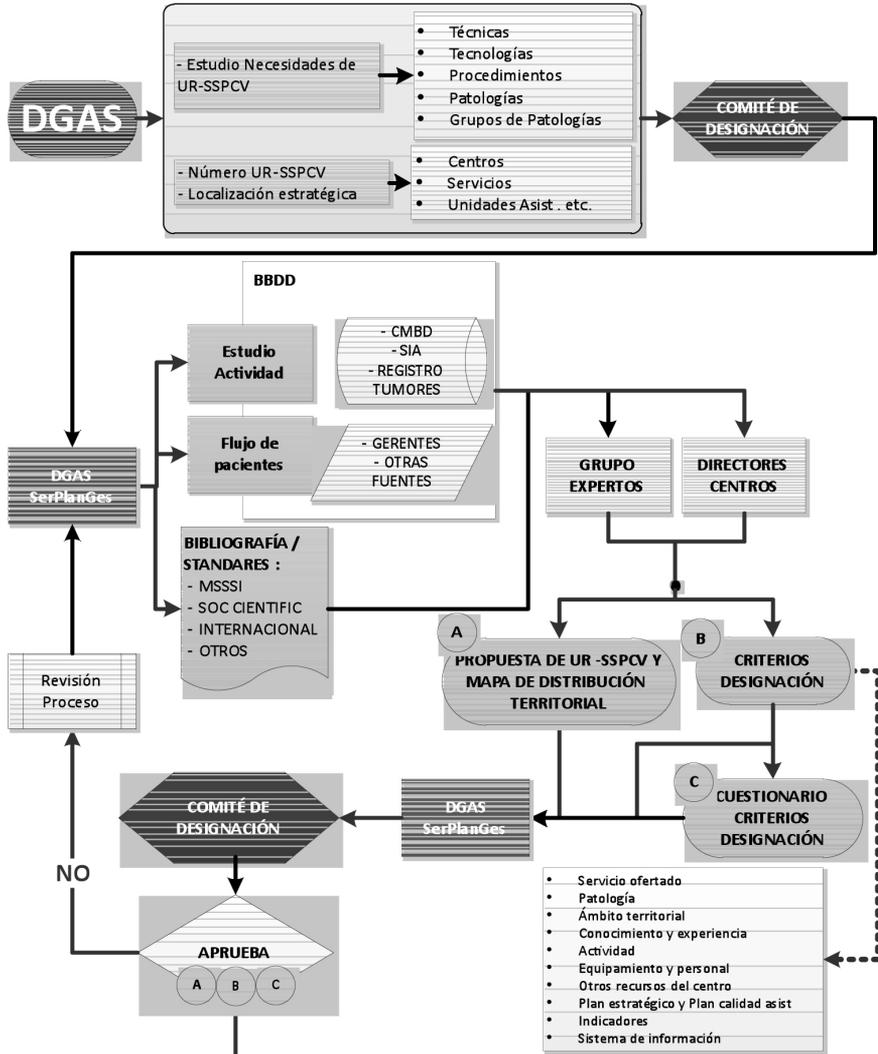
La designación de una Unidad como de Referencia implica, conforme al Decreto, las siguientes obligaciones:

1. Establecer y mantener el sistema de información previsto en el mismo decreto.
2. Facilitar la información que le sea requerida en cualquier momento para comprobar que cumple los requisitos o criterios para su designación.
3. Notificar cualquier modificación de los requisitos o criterios en base a los cuales se le reconoció como de referencia.
4. Comunicar los incidentes que afecten a la atención de los procesos, patologías o a la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que ha sido designado como de referencia.
5. Someterse a la renovación de la designación prevista en el mismo decreto.

En los siguientes diagramas se visualiza el procedimiento de estudio y propuesta de las Unidades de designación y el procedimiento administrativo de designación de estas unidades.

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO Y PROPUESTA DE UNIDADES DE DESIGNACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (UR-SSPCV) DECRETO 77/2007

PROPUESTA UNIDADES REFERENCIA

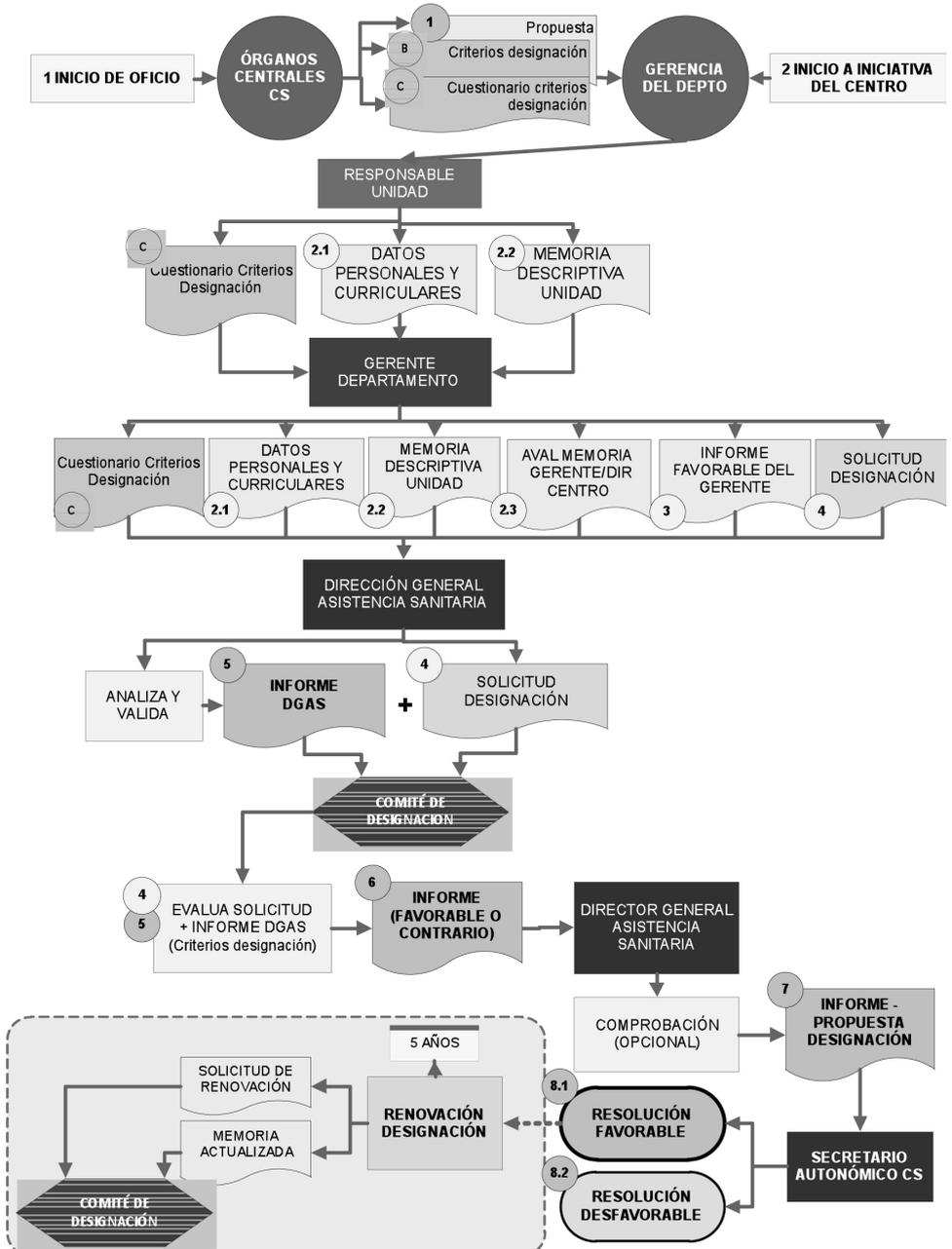


PROCEDIMIENTO DESIGNACIÓN



PROCEDIMIENTO DE DESIGNACIÓN DE UR-SSPCV

Decreto 77/2007 Designación de las Unidades de Referencia del Sistema Sanitario Público de la CART 7 - 8



El procedimiento de designación de las Unidades de Oncología Médica

Siguiendo el procedimiento descrito con anterioridad, hasta ahora se han dado los siguientes pasos que deben concluir en la designación de las unidades de referencia de Oncología Médica.

En primer lugar, el Comité de designación de las Unidades de referencia, en su última reunión, decidió abordar la designación de las unidades de esta especialidad. Para ello constituyó y designó un grupo de expertos integrado por jefes de servicio y de sección de la especialidad junto con la dirección del plan del Cáncer y el Servicio de Planificación de Programas y Servicios sanitarios.

Este grupo de expertos trabajó a lo largo de varias sesiones para definir el *servicio que debían prestar* estas unidades y el *ámbito territorial* de esta prestación y fijó los Criterios y Requisitos que debían cumplir las que así se designasen.

En el anexo a este documento se acompañan estos Criterios y Requisitos y el mapa de distribución territorial. Una vez completada esta fase, se ha remitido a la gerencia de los departamentos de salud en los que se encuentran las Unidades que pueden ser designadas de referencia, instrucciones para que remitan la documentación a la que hemos hecho antes mención y que acreditara que se cumplen las condiciones establecidas para serlo.

Una vez con esta información en poder del Comité de designación y una vez evaluada la misma, se remitirá el informe que proceda al director General de Asistencia Sanitaria para su posterior tramitación a la Secretaría Autónoma del Sistema Sanitario Público y Salud Pública y designación de las mismas en su caso.

El trabajo en las Unidades de Referencia

No podemos olvidar que el objetivo último de la existencia de las Unidades de referencia es garantizar la accesibilidad y equidad de toda la población a las prestaciones sanitarias, así como la continuidad asistencial, en condiciones de máxima calidad, seguridad y utilidad terapéuticas en la prestación, al tiempo que mejoramos la eficacia, eficiencia, efectividad de nuestros equipos de profesionales.

Quizás el aspecto más importante del proceso de estudio llevado a cabo por el grupo de expertos del Comité de designación ha sido el de la definición de la forma de trabajo de estas unidades de referencia.

La Resolución de la Secretaría Autónoma por la que se designa las unidades de referencia específica que estas unidades son de referencia para: *“... apoyo para la confirmación diagnóstica, definición de las estrategias terapéuticas y de seguimiento y como consultor para las unidades clínicas que habitualmente atienden a estos pacientes...”*

Es decir, desde la Conselleria se espera que las Unidades de Referencia tengan un papel mucho más allá que el de meras receptoras de pacientes de otros departamentos de salud y que se conviertan en la pieza clave para la organización, junto con los departamentos a ellas referenciados, del trabajo en esa especialidad, o en esa patología, técnica, tecnología o procedimiento, para el que han sido designadas, facilitando la atención y la colaboración y formación de los profesionales de que atienden a estos pacientes.

Para poder materializar en la práctica este mandato, el grupo abordó la elaboración de un “*Modelo funcional de Redes Asistenciales Coordinadas en Oncología Médica de la Comunidad Valenciana*”.

La red debe ser un instrumento de gestión operativa que responda con eficacia a las necesidades de los pacientes en todas las etapas de su atención y garantice como un criterio básico la continuidad de los cuidados. Debe contribuir a la formación de los profesionales y a mejorar las relaciones entre los distintos hospitales y centros de atención primaria, favoreciendo las sinergias y las acciones comunes eficaces y eficientes llevadas a cabo por equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios expertos.

La cooperación en la red se basa en la colaboración y coordinación de todos los agentes implicados, con objetivos comunes, con una distribución clara de funciones de cada uno de ellos, con adecuadas formas de participación y que tienen como misión:

Esta nueva situación de coparticipación y cooperación en red, precisa rediseñar los procesos asistenciales alrededor del enfermo como herramienta básica de funcionamiento, potenciando los cuidados personalizados y la confianza del enfermo en el sistema. Teniendo en cuenta que establecer procesos de atención integrados entre centros diferentes requiere de un importante liderazgo, una orientación vocacional y el desarrollo de un conjunto de instrumentos compartidos que permitan desplegar estos procesos integrados.

Creemos que los pacientes, los profesionales de la salud y el propio sistema sanitario son los principales beneficiarios de este cambio de relaciones entre estructuras.

ANEXO 1

Unidades de Referencia de Oncología Médica en la CV. Ámbito Territorial

- Consorcio Hospital Provincial de Castellón
- Hospital Clínico Universitario de Valencia
- Hospital Universitario y Politécnico La Fe
- Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- Hospital General Universitario de Alicante
- Hospital General Universitario de Elx
- Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO)

Con el ámbito territorial correspondiente a los siguientes Departamentos de Salud:

UNIDADES DE REFERENCIA DE ONCOLOGÍA MÉDICA	ÁMBITO TERRITORIAL DEPARTAMENTOS DE SALUD DE:
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón	<ul style="list-style-type: none"> - Vinaròs - Castellón - La Plana
Hospital Clínico Universitario de Valencia	<ul style="list-style-type: none"> - Sagunto - Valencia-Clínico-Malvarrosa - Gandía - Dénia
Hospital Universitario y Politécnico La Fe	<ul style="list-style-type: none"> - Valencia-Arnau Vilanova-Llíria - Valencia-La Fe - Manises - Valencia-Doctor Peset
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia	<ul style="list-style-type: none"> - Requena - Valencia-Hospital General - Xàtiva-Ontinyent - La Ribera
Hospital General Universitario de Alicante	<ul style="list-style-type: none"> - Alcoi - La Marina Baixa - Alicante-S. Joan d'Alacant - Alicante-Hospital General
Hospital General Universitario de Elx	<ul style="list-style-type: none"> - Elx-Hospital General - Elx-Crevillent - Orihuela - Torrevieja - Elda
Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO)	<p>Esta Unidad atenderá a pacientes conforme a lo establecido en el “Contrato de gestión de servicios públicos con la Fundación IVO cuyo objeto es la prestación asistencial oncológica”.</p>

ANEXO 2

Criterios específicos para la designación de las Unidades de Referencia de Oncología Médica

El cáncer es un problema de salud pública, en nuestro país y en el mundo, por su elevada incidencia, prevalencia y mortalidad. En España, la tendencia en las últimas décadas, muestra un aumento de su incidencia atribuido al envejecimiento y crecimiento de la población. Al mismo tiempo, la mortalidad está disminuyendo gracias al diagnóstico precoz y más preciso y a la incorporación de tratamientos cada día más eficaces. Los avances en oncología se basan en una nueva forma de abordar estas patologías, más compleja y necesitada de una mayor cualificación de los profesionales. La investigación clínica y traslacional ocupa un lugar estratégico en la formación de los especialistas en oncología. Son aspectos a destacar de la terapia con los nuevos fármacos moleculares la introducción de grandes modificaciones en la práctica asistencial y el acceso a los nuevos medicamentos a través de los Ensayos Clínicos.

Para mejorar los resultados en salud, es también necesario un modelo de organización basado en la estructuración del trabajo en red de los procesos asis-

tenciales entre las Unidades de Referencia y sus Unidades Adscritas. La Unidad de Referencia y, sus Unidades Adscritas, deben coordinarse en las áreas de asistencia, docencia e investigación.

1. Servicios ofertados

- La Unidad de Referencia de oncología médica se ocupa de la atención integral de los pacientes con cáncer y garantiza su asistencia continuada.
- Forma parte de un equipo multidisciplinar aportando su conocimiento en la atención médica a los pacientes con cáncer.
- Colabora en diferentes programas de prevención primaria y secundaria, así como en el consejo genético.
- La Unidad de Referencia de oncología médica ofrece la siguiente Cartera de servicios:
 - Hospitalización específica de oncología.
 - Hospital de día.
 - Tratamiento médico en sus diferentes modalidades.
 - Tratamientos de sintomático y de soporte.
 - Tratamientos en fase de investigación clínica.

2. Patologías

Enfermedades comprendidas dentro del capítulo 2 de la CIE-9-MC: neoplasias.

3. Ámbito territorial

Para garantizar la adecuada atención a los pacientes mayores de 14 años con cáncer, con carácter general, cada Unidad de Referencia tendrá asignado un número de habitantes que oscilará entre 600.000 y 800.000 habitantes mayores de 14 años.

Para facilitar la atención a los pacientes adolescentes, las Unidades de Oncología Médica que atienden a estos pacientes deben localizarse en hospitales que cuentan con Unidades de Oncología Pediátrica.

4. Conocimiento y experiencia

- El responsable de la Unidad debe tener una formación específica en oncología médica y una experiencia mínima de 10 años en el manejo de pacientes oncológicos.
- Al menos el 75% de los facultativos de la Unidad de referencia deben tener una formación específica en oncología médica con una experiencia mínima de 5 años en la atención de pacientes oncológicos.
- El personal de enfermería asignado a la unidad debe tener formación y experiencia en la atención a pacientes oncológicos.

5. Actividad

5.1. Asistencial

- Número mínimo de pacientes que deben atenderse al año para garantizar una atención adecuada es de 900 pacientes nuevos tratados al año de media en los 3 últimos años.
- La atención al paciente debe de estar organizada en base a la localización anatómica y/o procesos de atención oncológica de los tumores.
- Deben estar constituidas las Comisiones de Garantía de Calidad de Tejidos y Tumores y las Subcomisiones de Tumores, conforme se establece en la Orden 02/2015, de 25 de marzo (DOCV núm. 7497/ 01.04.2015).
- La Unidad debe tener protocolos actualizados que incluyan procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento de los pacientes, que sean conocidos por todos los profesionales de la Unidad. Estos protocolos son:
 - Protocolos diagnóstico-terapéuticos.
 - Planes de cuidados de enfermería.
 - Programa de trabajo coordinado y circuitos establecidos con otros servicios y/o especialistas implicados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
 - Protocolo de cuidados paliativos.

5.2. Docencia

- Docencia postgrado en la especialidad de Oncología

- Médica y participación de la Unidad en el programa MIR del Centro.
- Colaboración docente pregrado de la Unidad.
 - Programa de formación continuada de la Unidad autorizado por la dirección del centro.
 - Programa de formación en Oncología Médica autorizado por la dirección del centro dirigido a profesionales sanitarios del propio hospital, de otros hospitales y de atención primaria.
 - Programa de formación en Oncología Médica dirigido a pacientes y familias autorizado por la dirección del centro e impartido por personal médico y de enfermería (jornadas, talleres, charlas,...).
 - Sesiones clínicas multidisciplinares periódicas que incluyan a todas las Unidades implicadas en la atención de los pacientes oncológicos.
 - Otras actividades docentes: más de 2 sesiones semanales para revisión de casos nuevos, revisiones bibliográficas, sesiones de gestión y de calidad.

5.3. Investigación

Participación en proyectos de investigación en cáncer organizados en base a los subtipos de tumores y en el marco de una Fundación de Investigación acreditada con:

- Más de 50 pacientes en nuevos Ensayos Clínicos no observacionales al año.
- Al menos, un proyecto de investigación vigente obtenido por convocatoria pública de ámbito nacional e internacional.

- Participar en publicaciones con factor de impacto, con una media superior a 10, en los últimos cinco años.
- Participación en los Comités de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del hospital.

6. Equipamiento

Equipamiento específico necesario para la adecuada atención de los pacientes:

- Consultas externas (con al menos 5 consultas).
- Área de Hospitalización específica para oncología médica.
- Hospital de Día con disponibilidad para tratamientos médicos de cáncer, con una capacidad simultánea de, al menos, 18 pacientes, en horario de mañana y tarde, atendido por un especialista en Oncología Médica.

7. Recursos Humanos

La Unidad de Referencia debe estar formada por:

- Un coordinador asistencial que garantice la coordinación del equipo clínico de la Unidad de Referencia y de las Unidades que colaboran en la atención de estos pacientes.
- Al menos, 6 facultativos especialistas en oncología médica con dedicación plena a la especialidad.

- Personal de enfermería con experiencia en oncología. Este personal es responsable de coordinar la aplicación de los tratamientos, las exploraciones y la información.
- Personal auxiliar de enfermería.
- Un farmacéutico asignado a oncología que garantice el control y la seguridad de las preparaciones.
- Un psicólogo con experiencia en Oncología.
- Un Trabajador social.

8. Otros recursos del centro

El centro hospitalario debe disponer de los siguientes recursos:

- Servicio de Radioterapia.
- Servicios de Cirugía: General, Digestiva, Torácica, Neurocirugía, Urología, Ginecológica, Dermatología, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringológica, Cirugía Plástica y Reparadora.
- Quirófano dotado de todo lo necesario para cirugías multidisciplinares en las que puedan trabajar simultáneamente varias especialidades.
- Servicio de Medicina Nuclear.
- Servicio de Diagnóstico por imagen, con TC, RNM y Unidad de Radiología Intervencionista.
- Laboratorio Central.
- Servicio de Anatomía Patológica con áreas especializadas.
- Diagnóstico Molecular.

- Biobanco acreditado.
- Servicio de Cuidados Intensivos.
- Servicio de Hematología.
- Servicio de Medicina Interna y especialidades.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Unidad de tratamiento del dolor.
- Hospitalización domiciliaria.

En el caso excepcional de que no se disponga en el mismo centro hospitalario de alguno de estos recursos, deberá acreditarse de forma documental un acuerdo de colaboración continuada para el recurso ubicado en otro centro.

9. Plan estratégico

Disponibilidad de un Plan estratégico con sus correspondientes objetivos.

10. Plan de calidad asistencial

Disponibilidad de un Plan de calidad asistencial con sus correspondientes objetivos.

11. Indicadores

La Unidad de Referencia debe disponer como mínimo de los siguientes indicadores:

- Número de pacientes atendido y tasas por grupo de tumores, edad y sexo.

- Tiempo entre diagnóstico y tratamiento por grupo de tumores.
- Número de pacientes valorados en Comités.

12. Sistema de información

- Cumplimentación del CMBD de alta hospitalaria en su totalidad.
- Cumplimentación del SIA en Consultas Externas.
- Registro de pacientes vinculado al SIO.

La Unidad tendrá la obligación de facilitar los datos que solicite el órgano competente tal y como se establezca.

Participantes

Dra. Ana Albert Balaguer
Dr. Francisco de Asís Aparisi Aparisi
Dr. Alfonso Berrocal Jaime
Dra. Ana Blasco Cordellat
Dra. Sara Blasco Mollá
Dra. Isabel Busquier Hernández
Dra. Cristina Caballero Díaz
Dr. Carlos Camps Herrero
Dr. Vicente Carañana Bellarini
Dra. Isabel Chirivella González
Dra. Nieves del Pozo Alonso
Dr. Martín Demarchi
Dra. Nieves Díaz Fernández
Dr. José García Sánchez
Dr. Javier Garde Nogera
Dra. Mireia Gil Raga
Dr. José Gómez Codina
Dr. Vicente Guillem Porta
Dra. Cristina Hernando Meliá
Dra. Amelia Insa Mollá
Dra. Vega Iranzo González-Cruz
Dra. Desamparados Inés Iraola Lliso
Dr. Antonio Llombart Cussac
Dra. Cristina Llorca Ferrándiz
Dra. Ana Lluch Hernández
Dra. Inmaculada C. Maestu Maiques
Dr. Eduardo Martínez de Dueñas
Dr. Bartomeu Massutí Sureda
Dr. Joaquín Montalar Salcedo
Sr. Francesc Moreu
Dra. Amparo Oltra Ferrando
Dr. Eugenio Palomares
Dra. Asunción Perales
Dr. Jose A. Perez Fidalgo
Dra. Judith Ramírez Sabio
Dr. Gaspar Reynes Muntaner
Dr. Pablo Rodriguez
Dr. Álvaro Rodríguez-Lescure
Dña. Dolores Salas Trejo
Dr. Alfredo Sánchez Hernández
Dra. Virtudes Soriano
Dra. Isabel Tena García
Dra. M^a Dolores Torregrosa Maicas
Dr. José María Vicent Vergé.

Agradecimiento a los Laboratorios

AMGEN

ASTELLAS

ASTRAZENECA

BAYER

BOEHRINGER INGELHEIM

BRISTOL MYERS SQUIBB

CELGENE

EISAI

FERRER INCODE

GP PHARM

GRUNENTHAL

ITALFARMACO

JANSSEN

LILLY

MERCK

MSD

NOVARTIS

PALEX

PFIZER

PIERRE FABRE

PROSTRAKAN

ROCHE

SANOFI

TEVA

