



Escenarios de Futuro de la Oncología en España: 2010-2015

Consulta Prospectiva Delphi

www.fundsis.org

**Escenarios de Futuro
de la Oncología
en España: 2010-2015**

Consulta Prospectiva Delphi

www.fundsis.org

Escenarios de Futuro de la Oncología en España: 2010-2015

Dirección del Proyecto

Dr. Joan Josep Artells i Herrero
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Albert J. Jovell i Fernández
Fundació Josep Laporte

Diseño

Dr. Joan Josep Artells i Herrero
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Albert J. Jovell i Fernández
Fundació Josep Laporte

Dra. Maria Dolors Navarro i Rubio
Fundació Josep Laporte

Análisis Cuantitativo

Dr. Salvador Peiró i Moreno
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Redacción Informe

Dr. Joan Josep Artells i Herrero
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Albert J. Jovell i Fernández
Fundació Josep Laporte

Dr. Salvador Peiró i Moreno
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Dr. Ricard Meneu de Guillerna
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Trabajo de Campo y Call Center

Sra. Irene Povea i Rubio
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Secretaría Técnica

Sra. Montserrat Juan i Pugibet
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Promovido por

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Patrocinado por

Novartis Oncology

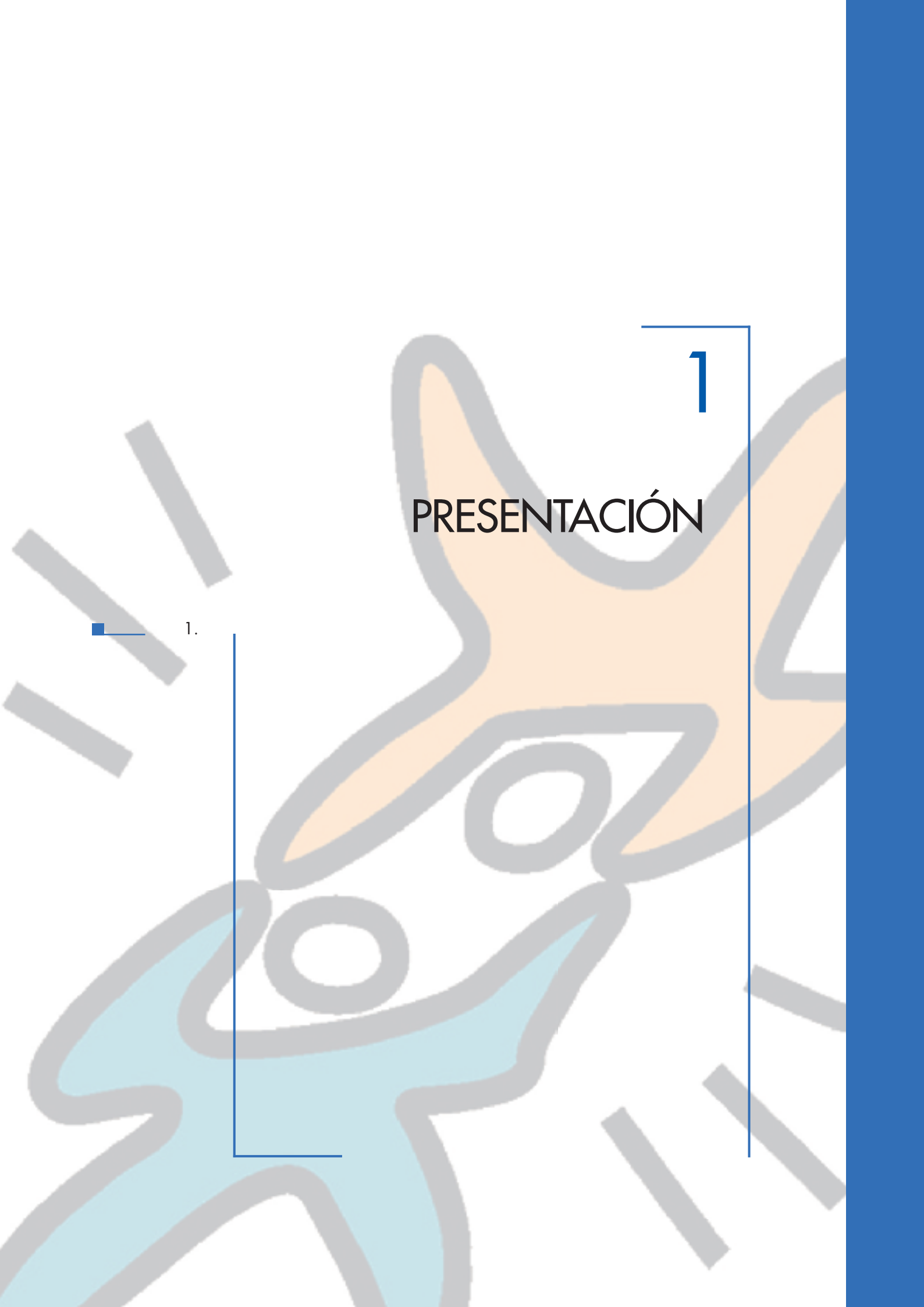
| | |
|--|----|
| 1. Presentación | 7 |
| 2. Resumen | 11 |
| 2.1. Introducción..... | 11 |
| 2.2. Objetivos..... | 11 |
| 2.3. Justificación del análisis de escenarios de la oncología en España..... | 12 |
| 2.4. Metodología de estudio..... | 12 |
| 2.5. Principales resultados..... | 13 |
| 2.5.1. Hábitos de vida saludable..... | 13 |
| 2.5.2. Diagnóstico precoz y prevención activa..... | 13 |
| 2.5.3. Diagnóstico..... | 13 |
| 2.5.4. Tratamiento..... | 13 |
| 2.5.5. Organización de la atención diagnóstica y terapéutica..... | 13 |
| 2.5.6. Atención a los pacientes oncológicos supervivientes..... | 14 |
| 2.5.7. Cuidados paliativos..... | 14 |
| 2.5.8. Política oncológica..... | 14 |
| 3. Material y métodos | 17 |
| 3.1. Diseño..... | 17 |
| 3.2. Participantes..... | 17 |
| 3.3. Cuestionario..... | 19 |
| 3.4. Proceso de recogida de datos..... | 20 |
| 3.5. Análisis..... | 21 |
| 3.6. Participantes..... | 21 |
| 3.6.1. Panelistas..... | 22 |
| 4. Guía para la lectura de los resultados | 29 |
| 5. Resultados | 35 |
| 5.1. Hábitos de vida saludable..... | 35 |
| 5.1.1. Hábito tabáquico..... | 35 |
| 5.1.2. Obesidad y ejercicio físico..... | 39 |
| 5.1.3. Hábito alcohólico..... | 41 |
| 5.1.4. Factores de riesgo ambiental y estilos de vida saludable..... | 43 |
| 5.2. Diagnóstico precoz y prevención activa..... | 44 |
| 5.2.1. Atención Primaria..... | 44 |
| 5.2.2. Cribado..... | 46 |
| 5.2.3. Quimioprevención..... | 50 |
| 5.3. Diagnóstico..... | 51 |
| 5.3.1. Biomarcadores..... | 51 |
| 5.3.2. Diagnóstico por imagen..... | 55 |
| 5.4. Tratamiento..... | 60 |
| 5.4.1. Quimioterapia..... | 60 |
| 5.4.2. Radioterapia oncológica..... | 62 |
| 5.4.3. Cirugía oncológica..... | 66 |

| | |
|--|------------|
| 5.5. Organización de la atención diagnóstica y terapéutica..... | 70 |
| 5.5.1. Atención integrada y multidisciplinar..... | 70 |
| 5.5.2. Predicciones sobre la innovación terapéutica..... | 75 |
| 5.5.3. Evaluación comparada de la atención oncológica y benchmarking..... | 78 |
| 5.5.4. Situación y perspectiva de la oferta de RRHH..... | 80 |
| 5.5.5. Implicación del paciente en las decisiones que le conciernen..... | 81 |
| 5.6. Evolución del cáncer en los supervivientes de más de 5 años..... | 86 |
| 5.6.1. Organización de la atención al superviviente oncológico..... | 87 |
| 5.7. Cuidados paliativos..... | 91 |
| 5.7.1. Organización..... | 91 |
| 5.7.2. Formación..... | 91 |
| 5.7.3. Autonomía del paciente..... | 92 |
| 5.8. Política oncológica..... | 95 |
| 5.8.1. Equidad..... | 95 |
| 5.8.2. Innovación y desigualdad..... | 96 |
| 6. Opinión abierta: los grandes cambios y las grandes esperanzas..... | 105 |
| 7. Comentarios Finales..... | 111 |
| 8. Anexo..... | 119 |
| Cuestionario correspondiente a la consulta realizada..... | 127 |

1

PRESENTACIÓN

1.



1. PRESENTACIÓN

Es muy satisfactorio presentar la nueva aportación de la Fundación Salud Innovación y Sociedad en su línea de investigación sobre las dimensiones de futuro en el análisis estratégico de la política sanitaria.

Esta vez con la realización de este informe sobre escenarios relevantes para el futuro de la oncología en España.

La importancia social de los efectos de la incidencia en aumento del cáncer crece en paralelo a la comprensión de la complejidad de sus bases moleculares y genéticas y la incertidumbre en su translación a tratamientos mejores y, también, a la preocupación por su impacto económico tanto en costes asistenciales como en los correspondientes a la incapacidad laboral asociada a la enfermedad.

Los nuevos horizontes de la farmacología oncológica aportando nuevos tratamientos basados en dianas biológicas específicas en adición al uso combinado de la innovación quirúrgica y de la radiología terapéutica reclaman, a su vez, reformas organizativas radicales para optimizar su beneficio para un número creciente de ciudadanos diagnosticados.

La oncología y su correspondiente cadena preventiva, diagnóstica, terapéutica, de soporte emocional y paliativo es innegablemente ejemplo privilegiado de un entorno en rápido proceso de cambio, complejo e impredecible en la política sanitaria.

Un entorno cuya comprensión requiere la contribución de la reflexión estratégica y el conocimiento anticipado de las tendencias emergentes –o declinantes–, de cambios profundos y “drivers” de innovación –o de regresión–, así como obstáculos ocultos o solapados significativos.

Todo ello plausible pero con distintas probabilidades de ocurrencia cuya incertidumbre puede ser más “gestionable” con decisiones basadas en el análisis de escenarios de futuro.

El presente informe basado en la aplicación de técnicas basadas en la metodología Delphi constituye una aportación a enlazar el futuro de la oncología en España con señalizadores para la reflexión y el diseño estratégico anticipativo.

Ciento sesenta y seis especialistas y profesionales de la salud en distintos tramos de la cadena asistencial del cáncer ambicionan mayoritariamente la sustitución del modelo asistencial basado en el liderazgo jerárquico y la compartimentación estanca de la atención, por el sistema organizativo emergente de la integración pluridisciplinar horizontal.

Pero este mismo colectivo nos pone en guardia al reconocer, en un pronóstico no tan entusiasta, que la cuestión no resuelta de quien asumirá la responsabilidad clínica delegada en el tratamiento y en el control de la supervivencia podría mantenerse abierta comprometiendo la transformación deseada. Como lo podría hacer, asimismo, el pronosticado mantenimiento de cierta resistencia profesional a asumir, con todas sus consecuencias, la “cultura” de la evaluación y rendición de cuentas.

Probablemente la contribución más distintiva de esta consulta prospectiva sean las predicciones de los panelistas concertando a la vez visiones normativas de deseo –visiones de “lo que debería ser” con capacidad de movilizar esfuerzo y compromiso– con pronósticos es decir pronunciamientos con diversos niveles de certidumbre sobre la posibilidad de que lo que se desea se vea cumplido efectivamente en la realidad.

La Fundación Salud, Innovación y Sociedad y la Fundación Biblioteca Josep Laporte, en una nueva experiencia de asociación complementaria han contado con el apoyo de la división de Oncología de Novartis para llevar a cabo esta indagación prospectiva.

Conscientes de sus limitaciones nos parece, no obstante, que la aplicación de las técnicas utilizadas singularmente la predicción sobre la evolución de la innovación biocientífica, la disyuntiva acerca de las diferencias socio-culturales en la exposición al riesgo, y el acceso a la asistencia diagnóstico –terapéutica, la personalización de las nuevas terapias, la viabilidad de las alternativas de reforma organizativa y las dudas acerca de la sostenibilidad del acceso universal a los nuevos avances tecnológicos, aporta información inédita y útil.

Finalmente, aunque con todo el énfasis que se merecen, deseo agradecer vivamente el apoyo libre y desinteresado que los responsables de la realización de este trabajo han encontrado en las organizaciones, líderes profesionales y miembros de asociaciones de pacientes reseñados en la relación de las páginas 19 y 20, a cuya experiencia, información, y sugerencias son debidas las aportaciones más sobresalientes del estudio, pero no uno sólo de sus posibles errores.

Nuestra mejor recompensa consiste en una lectura atenta del informe y las observaciones que nos ayuden a mejorar nuestro bagaje para mantener el empeño en contribuir a mejorar las expectativas de profesionales y pacientes y la calidad del gobierno de la sanidad mediante la aportación de conocimiento anticipativo solvente.

Dr. Joan Josep Artells i Herrero
Director General Fundación Salud, Innovación y Sociedad

RESUMEN

2.

| | |
|---|----|
| 2.1. Introducción..... | 11 |
| 2.2. Objetivos..... | 11 |
| 2.3. Justificación del análisis de escenarios de la oncología en España..... | 12 |
| 2.4. Metodología de estudio..... | 12 |
| 2.5. Principales resultados..... | 13 |

2.1. INTRODUCCIÓN

Los cambios producidos en la atención oncológica en los últimos años y los que se avecinan han promovido este análisis prospectivo realizado con la contribución de 166 profesionales especialistas en oncología y especialidades relacionadas con la atención oncológica. Este estudio adquiere mayor relevancia en la actualidad dada la recesión económica que afecta España y las medidas de contención de costes adoptadas por el gobierno. Estas medidas podrían afectar los procesos de promoción y adopción de innovaciones en tecnología y en procesos asistenciales en la atención oncológica. Sin embargo, las situaciones de crisis generan oportunidades de promover y adoptar estrategias innovadoras que impulsen ventajas competitivas en términos de mejora de los resultados clínicos y del valor obtenido en las inversiones realizadas. Para ello resulta necesario identificar y prever las situaciones en las que se pueden generar estas oportunidades, con el propósito de planificar estrategias que anticipen los cambios que se van a producir. Esta flexibilidad estratégica refuerza la capacidad de adaptación a nuevas y emergentes circunstancias, permite la percepción de los principales cambios, contribuye a la conceptualización de respuestas y a la reconfiguración de la organización y los recursos.

La atención oncológica responde a estas características de incertidumbre, complejidad y entorno cambiante que requiere de flexibilidad estratégica y de políticas de anticipación en la planificación de recursos humanos y estructurales. El presente estudio se propuso identificar y dar a conocer las predicciones de los profesionales sobre las principales tendencias y cambios significativos que se pueden producir en la organización asistencial y la gestión clínica, en la innovación diagnóstico-terapéutica y en la sostenibilidad del sistema. Sus resultados deberían ser útiles para la reflexión y la planificación estratégica en el establecimiento de una agenda de política sanitaria en la atención oncológica. Este estudio sitúa el ámbito temporal de identificación de cambios en el año 2015 y ha utilizado un cuestionario de análisis prospectivo diseñado según la metodología propia del estudio Delphi. Esta aproximación metodológica permite diferenciar predicciones colectivas formuladas como pronósticos de las expresadas como deseos.

2.2. OBJETIVOS

Los objetivos específicos de este estudio fueron:

- Identificar las principales tendencias y cambios que se pueden producir en el horizonte de 2015 en la atención oncológica.
- Diferenciar los diferentes elementos promotores de cambio que pueden emerger en las diferentes áreas de la atención oncológica, desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos.
- Distinguir entre los diferentes modelos de organización de la atención oncológica.
- Discernir el impacto de los procesos de innovación y desarrollo, así como de los principales avances en tecnologías diagnóstica y terapéutica.
- Valorar el previsible impacto de la medida de la calidad asistencial en la atención oncológica.
- Prever cómo puede verse afectada la atención oncológica en relación a la viabilidad financiera o sostenibilidad del sistema.
- Conocer la visión de los profesionales acerca de la influencia de los movimientos asociativos de pacientes y su uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

2.3. JUSTIFICACIÓN DEL ANÁLISIS DE ESCENARIOS DE LA ONCOLOGÍA EN ESPAÑA

La cadena asistencial de la oncología en su conjunto y su estrecha dependencia de la innovación biocientífica y organizativa responde a características excepcionales de incertidumbre, complejidad, alta velocidad de cambio y enorme influencia en la evolución del sector sanitario público como pilar del estado de bienestar.

En España, donde el complejo sanitario oncológico habita en un medio político-administrativo poco propenso al cambio, estas circunstancias requieren de manera apremiante fortalecer la información anticipativa, la flexibilidad estratégica de las decisiones de política sanitaria y el refuerzo de la capacidad adaptativa del sector oncológico.

En estas coordenadas el estudio trata de discernir e identificar, a partir del análisis de escenarios relevantes de futuro, oportunidades de avance y desafíos en el contexto de diversas alternativas plausibles. Especialmente tendencias clave, encrucijadas, cambios emergentes y direcciones fundamentales de innovación y su acceso universal sin discriminaciones.

2.4. METODOLOGÍA DE ESTUDIO

El informe se basa en una consulta prospectiva sistemática de identificación cuantitativa de coincidencias y discrepancias –entre los componentes de un panel de especialistas, profesionales de la salud y de otras disciplinas relacionadas con la atención oncológica– sobre escenarios de futuro en el desarrollo de la oncología en España.

Los juicios de los consultados se refieren a un horizonte de 5 años.

Se ha utilizado como metodología de referencia la adopción de un cuestionario de análisis prospectivo basado en la metodología “Delphi” sobre una muestra intencional –panel– de 166 panelistas que se han posicionado colectivamente respecto de dos dimensiones de predicción: una visión relativa a que el escenario propuesto en el enunciado de la pregunta vaya a ocurrir, o PRONÓSTICO, (habitualmente en una escala de 1 a 7, siendo 1 no ocurrirá y 7 ocurrirá) y otra de carácter desiderativo relativa al DESEO de que el mismo escenario propuesto en la pregunta de pronóstico se vaya a producir (habitualmente una escala de 1 a 7, siendo 1 el deseo de que no ocurra y 7 el deseo de que vaya a ocurrir).

Los escenarios seleccionados para las diferentes preguntas se identifican con las situaciones y las prácticas más significativas de la atención oncológica: prevención, diagnóstico, tratamiento, organización asistencial, medida de resultados y cuidados paliativos paliativa de la atención oncológica.

La aproximación metodológica seleccionada permite, a diferencia de la planificación tradicional de análisis de equilibrios parciales bajo la condición “ceteris paribus” (análisis de una variable mientras los valores de toda las demás variables permanecen constantes), generar información bajo el supuesto de que se pueden producir cambios importantes en el horizonte temporal seleccionado.

La técnica de consulta incluye la garantía de anonimato de los consultados, la agregación de posicionamientos individuales y el análisis de sus coincidencias y sus discrepancias para obtener tendencias que indiquen cambios emergentes y avances innovadores o retrocesos de impacto excepcional en la atención oncológica.

La consulta contempla siete bloques: hábitos de vida saludable y factores de riesgo, diagnóstico precoz y prevención activa, diagnóstico y tratamiento, modelos organizativos asistenciales en transición, atención a los pacientes supervivientes, y cuidados paliativos.

Se incluye asimismo una sección de pronóstico sobre la sostenibilidad y la equidad de acceso a la innovación diagnóstica y terapéutica del SNS y dos preguntas abiertas relativas a los tres principales cambios producidos en la atención oncológica en los últimos cinco años y los que se van a producir en los próximos cinco años.

2.5. PRINCIPALES RESULTADOS

2.5.1 Hábitos de vida saludable

Los panelistas se oponen sin reservas a la predicción de aumento del tabaquismo, consumo abusivo del alcohol y al incremento de la obesidad aunque su pronóstico es escéptico, cuando no abiertamente negativo, acerca de mejoras significativas en los comportamientos de riesgo y en la firmeza de las intervenciones y medidas legislativas de Salud Pública.

2.5.2. Diagnóstico precoz y prevención activa

La visión de futuro de los consultados apunta hacia la creencia de que el sistema sanitario público activará e incentivará estrategias y programas de cribado y diagnóstico precoz.

Los pronósticos acerca de una mejora sensible de la capacidad de resolución en la confirmación de sospechas diagnósticas por parte de la Atención Primaria son menos optimistas.

2.5.3. Diagnóstico

Las predicciones del panel ofrecen un llamativo contraste entre sus deseos de que el progreso de los biomarcadores y el diagnóstico por imagen se integren sin cortapisas en el circuito asistencial y significativas reservas en el pronóstico de que eso ocurra en el horizonte de la consulta.

2.5.4. Tratamiento

Se revela una actitud colectiva entusiasta y confiada en el mantenimiento del progreso de la investigación biofarmacéutica y el desarrollo y cercana disponibilidad de biomarcadores como innovación radical en la detección diagnóstico, estadiaje y predicción de la eficacia de opciones terapéuticas alternativas.

No obstante se revela una significativa división de opiniones acerca de la posibilidad de que las restricciones presupuestarias tenga una influencia limitativa en la investigación acerca del tratamiento de los tumores raros y los de peor pronóstico, así como una percepción pesimista acerca de que se vaya a resolver el actual déficit de equipamiento radioterapéutico.

Alto nivel de acuerdo, con pronósticos congruentes, aunque cautos, en la visión de avances decisivos en la combinación de diagnóstico por imagen, radiología conformal, quimioterapia pre-operatoria e intervenciones quirúrgicas con mayor precisión en la delimitación de la zona tumoral y mayores márgenes de preservación del tejido sano.

2.5.5. Organización de la atención diagnóstica y terapéutica

Importante coincidencia de los panelistas en la priorización de reformas organizativas para asentar el modelo de atención integrada y pluridisciplinar frente a la incorporación desordenada de las innovaciones diagnóstico terapéuticas de disponibilidad previsible. Destaca el acuerdo en que el mantenimiento de un modelo de atención tradicional de liderazgo jerárquico y gestión clínica compartimentada se juzga inapropiado para rentabilizar socialmente todo el potencial de mejora terapéutica de las innovaciones disponibles y anunciadas. En ausencia de voluntad política y alineación adecuada de incentivos se pronostica que la implantación del modelo integrado se verá seriamente obstaculizada.

2.5.6. Atención a los pacientes oncológicos supervivientes

Dudas ampliamente compartidas en el panel acerca de que mejore, en el horizonte de la consulta, la actual percepción de ausencia de ordenación asistencial de la dimensión poblacional y la especificidad clínica de la "cronificación de la supervivencia" de los enfermos oncológicos.

2.5.7. Cuidados paliativos

Deseo unánime con pronóstico alineado, aunque prudente, acerca de mejoras significativas en la coordinación de todos los niveles asistenciales y de la extensión de la atención y la buena práctica basadas en evidencia científica.

2.5.8. Política oncológica

Predicción significativamente compartida de la posibilidad de que se produzca una dualización en el acceso a la innovación asistencial debido a dificultades de financiación en el sistema público de salud con llamativas reservas en el pronóstico de equilibrio en la actual variabilidad territorial de acceso a algunas innovaciones terapéuticas debidamente autorizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

3.

| | |
|--|----|
| 3.1. Diseño..... | 17 |
| 3.2. Participantes..... | 17 |
| 3.3. Cuestionario..... | 19 |
| 3.1. Proceso de recogida de datos..... | 20 |
| 3.2. Análisis | 21 |
| 3.3. Participantes y expertos..... | 21 |

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO

El informe presenta los resultados de un proceso de consulta individual, en una única oleada, a un panel de profesionales de la salud que están directa o indirectamente implicados en la atención oncológica. Para ello se diseñó un cuestionario basado en la técnica de elicitación de pronósticos y deseos basado en la metodología Delphi.

La determinación de los diferentes escenarios de salud propuestos a los panelistas, para su valoración predictiva y su presentación en un cuestionario con respuestas codificadas se basó en una combinación de análisis de la bibliografía publicada y la realización de entrevistas estructuradas con líderes de opinión que trabajaban en las especialidades relacionadas con la atención oncológica: oncólogos, radioterapeutas, radiólogos, cirujanos, especialistas en salud pública, autoridades sanitarias y miembros de asociaciones de pacientes.

La metodología Delphi es una técnica de consulta a colectivos de expertos o personas de conocimientos y experiencias probadas en los temas seleccionados que, a partir de la expresión individual y anónima de sus posicionamientos respecto a alternativas de respuestas a un mismo nivel de escenario a lo largo de una escala de valores permiten concluir con un posicionamiento colectivo que permiten identificar coincidencias y discrepancias entre los participantes.

El método permite la identificación y detección de tendencias emergentes, de “drivers” o factores impulsores de cambios singulares, de oportunidades para informar el análisis estratégico y de potenciales áreas de incertidumbre. Este tipo de análisis adquiere gran relevancia en entornos de alta complejidad, elevadas posibilidades de cambio e incertidumbre.

La identificación de la complejidad facilita la demarcación de los problemas más relevantes y las cuestiones de alta significación e impacto que deben ser objeto de una investigación más focalizada y profunda con la finalidad de desarrollar estrategias de adaptación al cambio.

El presente análisis se propuso:

- Ofrecer una visión de futuro a corto-medio plazo de las necesidades y los escenarios de la atención oncológica desde una perspectiva amplia y teniendo como escenario de respuesta posibles cambios que pueden producirse entre 2010 y 2015.
- Identificar tendencias de progreso y potenciales obstáculos en el desarrollo de la atención oncológica en el sistema público de salud.
- Identificar innovaciones y elementos de cambio que pueden proporcionar un impacto singular en la mejora del conocimiento oncológico, en el recorrido asistencial que cubre las áreas de prevención, diagnóstico, terapia y cuidados paliativos; y en la atención a los pacientes supervivientes.
- Proporcionar información sobre las tendencias emergentes en la atención oncológica y las posibles alternativas de un abordaje anticipativo en la formulación de estrategias organizativas y de política social.

3.2. PARTICIPANTES

El panel reunió a 166 participantes voluntarios que aceptaron la invitación a tomar parte en la consulta que se dirigió a una selección de profesionales realizada y avalada por diversas sociedades científicas, organizaciones asistenciales, corporaciones profesionales y autoridades sanitarias.

La composición del panel se describe en los gráficos 1, 2, 3 y siguientes.

Gráfico nº 01. Composición del Panel

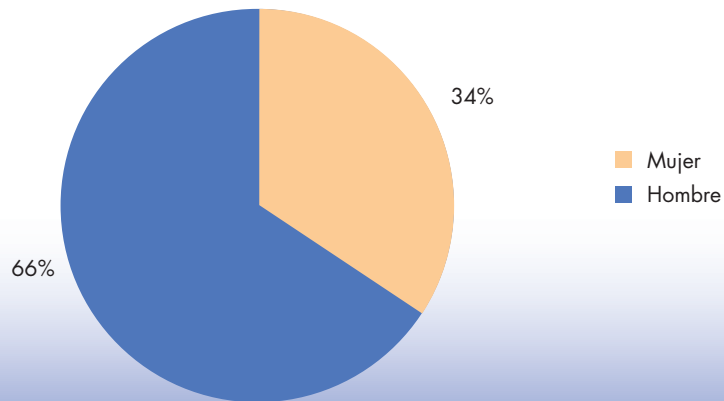


Gráfico nº 02. Composición del Panel

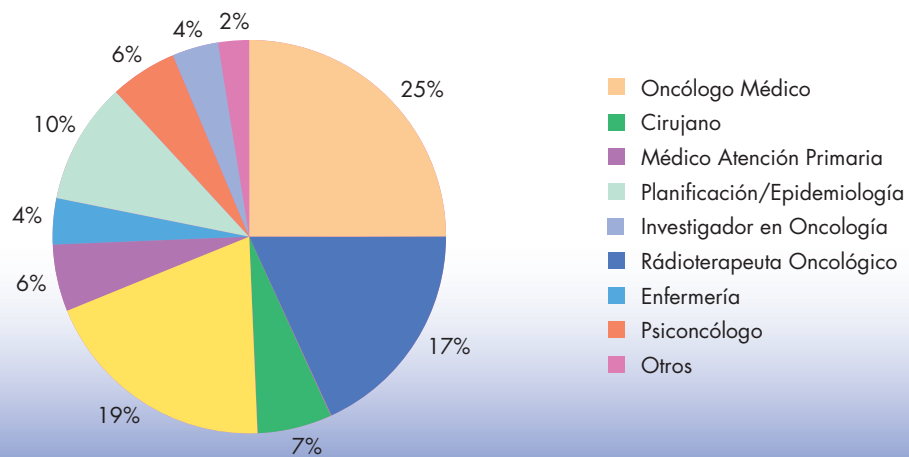
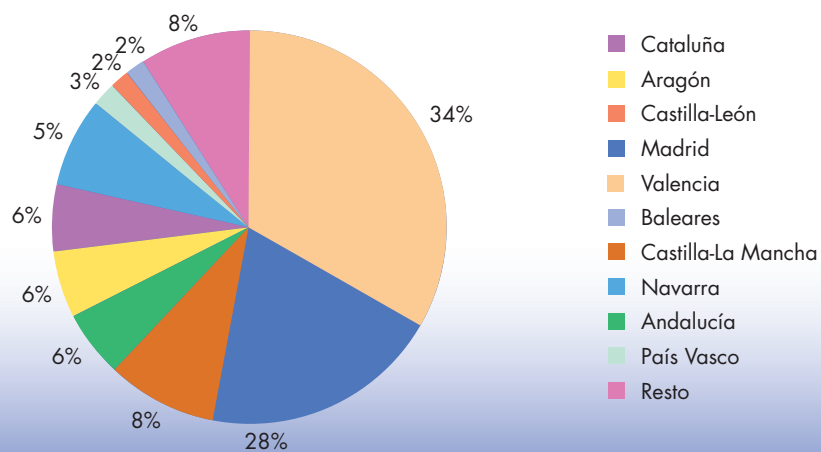


Gráfico nº 03. Composición del Panel



3.3 CUESTIONARIO

El cuestionario propuso a los panelistas 38 escenarios estructurados en 186 preguntas formuladas, en su mayor parte de manera asertiva en relación a diferentes intervenciones y aspectos que comprende la atención oncológica:

- Hábitos de Vida Saludable.
- Diagnóstico Precoz y Prevención Activa.
- Diagnóstico y estadiaje.
- Tratamiento: Cirugía, radioterapia y quimioterapia.
- Organización de la atención oncológica.
- Atención a los pacientes supervivientes.
- Cuidados paliativos.
- Política Oncológica.

Los escenarios y las cuestiones fueron elaborados a partir de información facilitada por los siguientes líderes profesionales, instituciones y organismos:

Organismos e instituciones

- Sociedad Española de Oncología Médica.
- Sociedad Española de Oncología Radioterápica.
- Organización Médica Colegial.
- Estrategias en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.
- Fundación de Investigación en Servicios Sanitarios. Valencia.
- Institut Català d'Oncologia. Barcelona.
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Curia Provincial de Aragón. San Rafael. Dirección de Proyectos e Innovación.
- Pla Director d'Oncologia. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- School of Pharmacy. University of London. Reino Unido.

Líderes profesionales

- Dr. Emilio Alba. Presidente de SEOM.
- Dr. Josep Maria Borràs. Director Pla Director d'Oncologia.
- Dr. Josep Ramon Germà. Director del Departamento de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia.
- Dr. Ismael Herruzo. Ex-Presidente de SEOR.
- Dra. Maria Dolors Navarro Rubio. Fòrum Català de Pacients.
- Prof. David Taylor. Pharmacy & Health Policy. School of Pharmacy. University of London. Reino Unido.
- Emilia Arrighi. Fundació Josep Laporte.

Profesionales consultados

- Dr. Raimon Belenes. Consejero Delegado. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
- Dr. Xavier Bosch. Jefe de Servicio de Epidemiología y Registro del Cáncer. Institut Català d'Oncologia.

- Dr. Xavier Castells. Ex-Director Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Hospital del Mar. Barcelona.
- Dra. Tàrsila Ferro García. Coordinadora de Planificació. Pla Director d'Oncologia. ICO.
- Dra. Joana Gabriele. Directora Foro Español de Pacientes. Fundació Biblioteca Josep Laporte.
- Dra. Isabel González. Jefe de Servicio de Radiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante.
- Dr. Marcelo Jiménez. Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Salamanca
- Dr. Mariano Provencio. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.
- Dr. Jordi Trelis. Director Institut Català d'Oncologia. Hospitalet de Llobregat.
- Dr. Ricard Meneu de Guillerna. Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios. Valencia.
- Dr. Salvador Peiró. Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios. Valencia.
- Dr. Francisco Real. Jefe de Grupo Carcinogénesis Epitelial. CNIO.
- Dr. Jordi Colomer. Departamento de Cirugía Hospital de Viladecans. Institut Català de la Salut. Barcelona.

3.4. PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

El cuestionario se remitió a los panelistas con la petición de que respondieran con su posicionamiento frente a las opciones presentadas en cada escenario –en un horizonte temporal de cinco años– tanto en términos de deseo/rechazo (D) –juicio sobre lo que debería o no debería ocurrir– como en términos de pronóstico (P), es decir un juicio de naturaleza probabilística acerca de la certidumbre o la incertidumbre de la ocurrencia de lo propuesto en cada escenario.

Para capturar la variabilidad en las respuestas individuales la expresión individual de deseos y de pronósticos se codificó en una escala de 1 a 7, donde 1 indica deseo/pronóstico en total desacuerdo y 7 adhesión/acuerdo pleno.

La puntuación 4 se interpreta como indecisión, incertidumbre o duda en la formulación del deseo y/o del pronóstico.

Las respuestas se recogieron y se codificaron, guardando el anonimato del panelista, de varias formas:

- a) Respuestas que requieren expresar a la vez los deseos –lo que debería suceder o todo lo contrario– y los pronósticos, es decir aquello que sucederá o no independientemente de lo que se desee.

El deseo de ocurrencia se expresó puntuando entre 1 –rechazo total a que suceda lo que se propone– a 7 muy fuerte deseo, aspiración o máxima identificación con lo que se propone.

Y el pronóstico de ocurrencia se expresó asimismo puntuando entre 1 –el panelista no cree que vaya a suceder lo que se propone en absoluto– y 7: cree que sucederá con toda probabilidad.

No desea o no cree
Que vaya a suceder

Desea o cree
que va a suceder

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|----------|---|---|----------|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <u>6</u> | 7 | |

- b) Respuestas que sólo requieren el pronóstico, en cuyo caso la respuesta se expresará con el dígito correspondiente entre 1 y 7.

Ejemplos:

- a) Exprese su grado de adhesión o de “deseo” de ocurrencia así como su “pronóstico”, puntuando respectivamente entre 1 y 7 las siguientes predicciones:

| NS/NC | | | | | | | | | | |
|-------|---|------------|---|---|----------|---|---|----------|----------|--|
| a) | La financiación pública de la innovación diagnóstico-terapéutica oncológica únicamente sobre la base de impuestos se convertirá en un grave problema de sostenibilidad de la asistencia gratuita. | Deseo | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | | Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <u>6</u> | 7 | |
| b) | La sostenibilidad de la financiación de la investigación en tiempos de crisis económica requerirá establecer y proteger fórmulas sólidas de partenariados público-privados basados en sus respectivas fortalezas. | Deseo | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | | Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <u>7</u> | |

- b) La polémica y la controversia acerca de las ventajas asociadas a distintos modelos de atención oncológica adolecen de argumentos basados en la evaluación transparente de sus resultados. ¿Diría usted que... (indique su pronóstico de 1 a 7):

| NS/NC | | | | | | | | | |
|-------|--|---|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
| a) | Su validación se realizará por organizaciones externas acreditadas. | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| b) | Participarán en su elaboración las organizaciones de las profesiones oncológicas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <u>7</u> | |
| c) | Participarán en su evaluación los organismos financiadores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <u>6</u> | 7 | |
| d) | Participarán en su evaluación las asociaciones de pacientes. | 1 | 2 | 3 | <u>4</u> | 5 | 6 | 7 | |
| e) | Los resultados de las evaluaciones se harán públicos sin restricciones de acceso para nadie. | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |

3.5. ANÁLISIS

Las distribuciones correspondientes a la agregación de las respuestas individuales de los panelistas a cada una de las cuestiones asociadas a cada escenario se analizaron y se ofrece su expresión gráfica utilizando la mediana (o percentil 50%) y los percentiles 25% y 75% como estadísticos de posicionamiento y de dispersión.

3.6. PARTICIPANTES

El estudio ha contado con asesoramiento experto e independiente en la fase de selección de áreas de investigación, temas de consulta y tendencias establecidas, declinantes o emergentes que sirvieron de contexto para la confección del cuestionario.

En las páginas anteriores 19 y 20, se recogen las organizaciones y profesionales que contribuyeron en esta etapa.

En la siguiente Tabla nº 1 se relacionan los panelistas que han autorizado a publicar su nombre.

La Dirección del análisis no tuvo contacto directo con ninguno de ellos con quienes se relacionó por medio de un “call center”, correspondencia y procedimientos de envío y recepción digital y por correo de cuestionarios anonimizados.

3.6.1. Panelistas

El grupo consultado está compuesto por 166 panelistas cuyo listado autorizado incluye:

| Tabla nº 1. Listado autorizado de panelistas | | |
|---|-----------|-----------|
| Ángel | Abad | Bassols |
| Pilar | Aguirán | |
| Joan | Albanell | Mestres |
| Ramon | Alemany | |
| Manuel Ignacio | Algara | López |
| Enrique | Alonso | Redondo |
| Isabel M ^a | Álvarez | López |
| Justo | Álvarez | |
| Montserrat | Andreu | |
| Jorge | Aparicio | |
| Fuensanta | Aranda | Bellido |
| E. | Aranda | |
| Juan Pedro | Arbizu | López |
| Àngels | Arcusa | Lanza |
| José Javier | Aristu | Mendioroz |
| Aurelio | Ariza | Fernández |
| Leoncio Alfonso | Arribas | Alpuente |
| Nieves | Ascunce | |
| José Manuel | Bajo | Arenas |
| José L. | Balibrea | Cantero |
| Javier | Barbero | |
| Vidal | Barchilon | Cohen |
| Agustí | Barnadas | Molins |
| Begoña | Barragán | |
| Mercedes | Barranco | Jiménez |
| Pedro | Barrios | Sánchez |
| Eloisa | Bayo | Lozano |
| Cristóbal | Belda | Iniesta |
| Ramón | Bellosta | Ferrer |
| Luis | Berna | Roqueia |
| Reyes | Bernabé | Caro |
| Alfonso | Berrocal | Jaime |
| Pedro | Bilbao | Zulaica |
| Ignacio | Blanco | |
| J. Javier | Blanquer | Gregori |

| (Continuación) | | |
|------------------------|---------------|--------------|
| Montserrat | Boleda | Relats |
| Isabel | Brao | |
| Juan | Brunet | |
| Joan | Brunet | Vidal |
| M ^o Ángeles | Cabeza | Rodríguez |
| Felipe Ángel | Calvo | Manuel |
| Candela | Calle | |
| José Luis | Carreras | Delgado |
| Joaquin | Casal | |
| Antoni | Castells | |
| Sara | Cerezo | |
| Adolfo | Cestafe | Martínez |
| Francisco Javier | Cevas | Chopitea |
| Ramon | Colomer | Bosch |
| Jordi | Colomer | i Mascaró |
| José Manuel | Comas | Samper |
| Jorge | Contreras | Martínez |
| Ferran | Cordón | Granados |
| Mónica | Corral | Subias |
| Pilar | Cort | Fuentes |
| Hernán | Cortés | Funes |
| Juan Antonio | Cruzado | Rodríguez |
| Senta | Chicote | |
| Enrique | de la Figuera | Von Wichmann |
| Alejandro | de la Torre | Tomás |
| Manuel | de las Heras | González |
| Pablo | de Lázaro | y de Mercado |
| María | de los Santos | Ichaso |
| Vicente | de Luis | Molero |
| Josep Lluís | de Peray | |
| Elvira | del Barco | Morillo |
| Miguel Ángel | Díez | |
| Joan | Escarrabill | i Sanglàs |
| R. | Escó | |
| Pilar | Escudero | Emperador |
| Beatriz | Esteban | Herrera |
| José | Expósito | Hernández |
| Evarist | Feliu | Frasnedo |

| (Continuación) | | |
|---------------------------|------------------|-------------------|
| Paz | Fernández | Ortega |
| Manuel A. | Fernández | Barrial |
| Antonio | Fernández | Aramburo |
| Alberto | Fidalgo | Francisco |
| Soledad | Gallego | |
| Enrique | García | Miragall |
| Paz | Gatell | Maza |
| Jordi | Giralt | López de Sagrado |
| José | Gómez | Codina |
| Ana Isabel | González | Márquez |
| Alfredo | González | Mate |
| Aránzazu | González | del Alba Baamonde |
| Andrés | González | Navarro |
| Emilio | González | |
| Javier | González-Spínola | San Gil |
| Luis | Grande | Posa |
| Cristina | Grávalos | Castro |
| Josep M. | Gubern | |
| Rodrigo | Gutiérrez | Fernández |
| Asunción | Hervás | |
| Mateu | Huguet | Recasens |
| Dolores | Isla | |
| Joaquin | Julià | |
| M ^a Concepción | Lázaro | Bermejo |
| Concepción | León | Pizarro |
| Pilar | Lianes | Barragán |
| Rafael | López | Castro |
| Guillermo | López | Vivanco |
| Luis | López | Gómez |
| Josu Xavier | Llano | Hernaiz |
| Ana | Lluch | Fernández |
| Ana María | Mañas | Rueda |
| Alfredo | Marco | |
| Miguel | Martínez | Carrillo |
| Carlos | Moreno | |
| Miguel Angel | Morian | López |
| Victor Manuel | Muñoz | Garzón |
| Vicente | Muñoz | Madero |

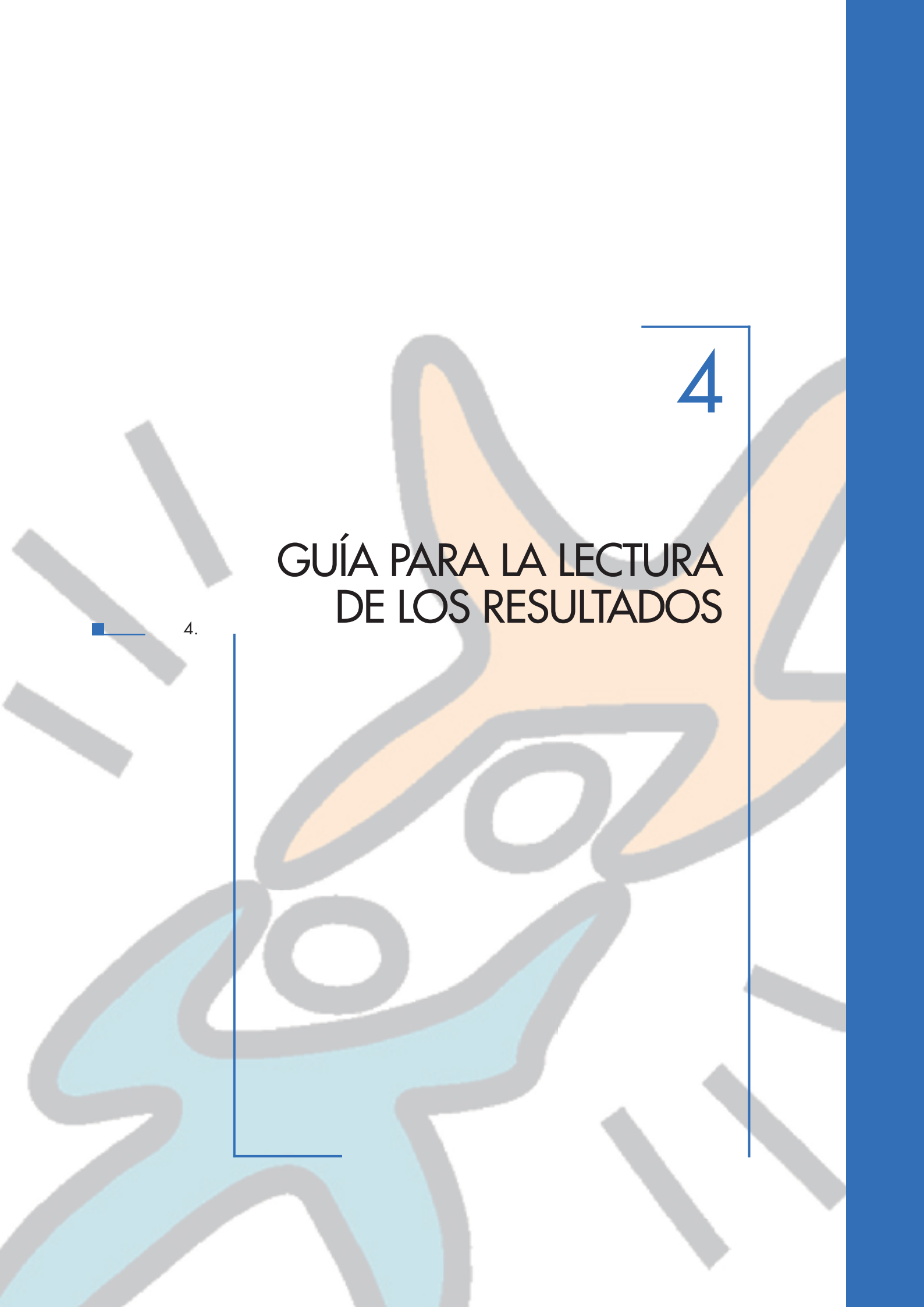
| (Continuación) | | |
|------------------------|-------------------|------------|
| Salvador | Navarro | Soto |
| Cosme | Naveda | Pomposo |
| Belén | Ojeda | González |
| Albert | Oriol | i Bosch |
| Claudio A. | Otón | Sánchez |
| Isabel | Palacio | Vázquez |
| Ana | Palacios | Romero |
| Juan | Palou | Redorta |
| Rafael | Peñalver | Castellano |
| Manel | Pera | |
| Luis Alberto | Pérez | Romasanta |
| Fernando | Pérez | Escanilla |
| Miguel Ángel | Piris | |
| Chus | Pla | Farnós |
| José Alfredo | Polo | Rubio |
| Francesca | Pons | Pons |
| Josep | Porta | Sales |
| Inmaculada | Raja | Casillas |
| María | Ramos | Montserrat |
| Emilio | Ramos | Rubio |
| María de la Concepción | Reñones | Crego |
| José Ángel | Richter | Echerama |
| José | Rodríguez | Escobar |
| C. A. | Rodríguez | |
| Juan José | Rodríguez | Sendín |
| María Ángeles | Romero | Fernández |
| Ángeles | Rovirosa | Casino |
| Álvaro | Ruibol | Morell |
| Francisco José | Sáez | Martínez |
| Eugeni | Saigí | Grau |
| Maria | Sala | |
| Dolores | Salas | Trejo |
| Mireia | Sans | Corrales |
| Asunción | Sanz | Jiménez |
| Jaime | Sanz | |
| Amparo | Secorún | |
| Pilar María | Semper | Ots |
| Rosario | Sepulcre Salvador | Navarro |

| (Continuación) | | |
|-------------------------|-------------------|--------------|
| Rosario | Sepulcre Salvador | Navarro Soto |
| Sergi | Serrano | Figueres |
| Joan Carles | Serrat | Sesé |
| Raquel | Sisas | |
| Miguel | Solis | de Dios |
| Ricard | Tresserres | Gaju |
| Antonio | Trilla | García |
| Ander | Urruticoechea | |
| Pere | Vallribera | |
| Jordi | Valls | i Ballespí |
| Ruth | Vera | García |
| Jesús | Vergara | Martín |
| Miquel | Vilardell | Tarrés |
| Francesca | Villafaña | Tudela |
| Joan Maria | Vinyals | Vinyals |
| M ^o Almudena | Zapatero | Laborda |

4

GUÍA PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS

4.



4. GUÍA PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS

Las siguientes notas se proponen facilitar la lectura e interpretación de los resultados del informe que se presentan en el capítulo 5.

Todos los apartados y cada figura reciben un tratamiento similar de presentación, análisis e interpretación.

Guía de lectura de resultados

Cada epígrafe se encabeza con un texto descriptivo y de interpretación de la información correspondiente a los escenarios que comprende. Y cada una de las respuestas del panel a las cuestiones que se plantean en cada escenario presenta la pareja deseo (D)-pronóstico (P) con los correspondientes estadísticos: mediana y percentiles 25 y 75.

Dichos escenarios se expresaron en el cuestionario en forma de proposición sobre la que se solicita al panelista que se pronuncie en términos de su visión, o deseo de ocurrencia, y de pronóstico o su percepción de la posibilidad real de ocurrencia.

A efectos interpretativos se sistematiza la presentación de las respuestas agrupando el rango de valores posibles entre 1 y 7, en tres niveles:

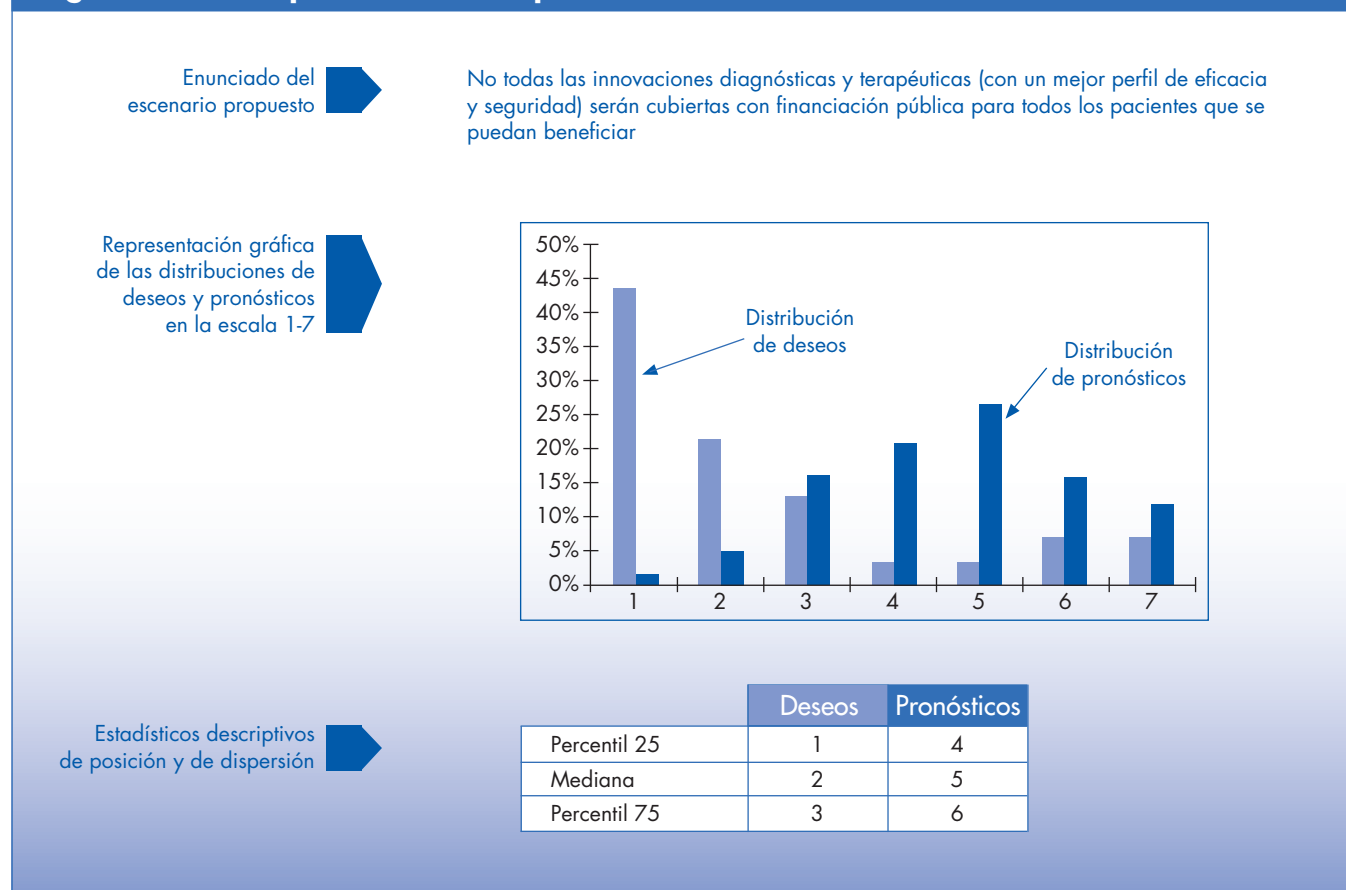
Interpretación de las puntuaciones

| Figura nº 1. Interpretación de las puntuaciones | | | | | | | |
|---|--|---|---|---------------------------------------|---|---|---|
| Escala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Deseos (D) | De rechazo absoluto (1) a rechazo mesurado (3) | | | Incertidumbre Indefinición Duda | De acuerdo/asentimiento total (7) a acuerdo/asentimiento discreto (5) | | |
| Pronósticos (P) | De objeción/rechazo absoluto a objeción/rechazo moderado | | | Incertidumbre Indefinición Duda | De acuerdo absoluto (7) a acuerdo moderado | | |

Se utiliza esta convención para sistematizar los comentarios de las respuestas aunque en alguna ocasión se adopta cierta flexibilidad interpretativa en los márgenes permitidos por la escala adoptada. Así 6 se considera más cercano al acuerdo absoluto que a la indeterminación que representa el 4 y la suma de las proporciones que puntúan entre 1 y 3 a veces se toma en bloque como una posición de rechazo.

El siguiente ejemplo de presentación de una predicción –deseos y pronósticos– del panel ilustra la sistemática adoptada:

Figura nº 2. Interpretación de las puntuaciones



En el ejemplo presentado el panel expresa rechazo a que algunos pacientes que pueden beneficiarse de innovaciones efectivas vayan a tener limitaciones de acceso (mediana de los deseos 2 y poca dispersión en las respuestas). Esta aspiración del panel contrasta con un pronóstico que aunque no tan firme se alinea – sin descartarla – con la posibilidad de que se cumpla la propuesta del cuestionario.

En cuanto a la valoración de la dispersión de las respuestas se ha asumido un criterio relacionado con la distancia de los valores existentes entre el perfil 25 y el 75 de tal modo que se considera:

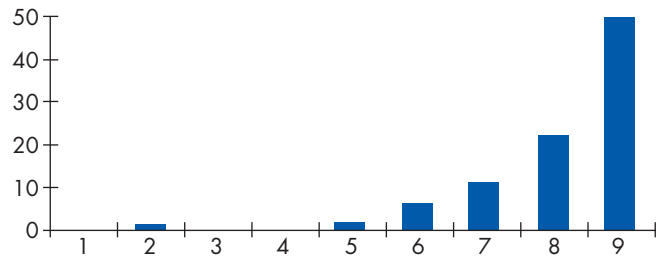
- Dispersión baja: dos puntos o menos entre p25 y p75. El gráfico de la distribución muestra un contorno picudo.
- Dispersión media: tres puntos entre p25 y p75. El gráfico tiene forma acampanada.
- Dispersión alta: cuatro puntos o más entre p25 y p75. El gráfico muestra una forma achatada.

En la Figura n° 3 se pueden visualizar estas convenciones.

Figura n° 3. Representación gráfica de una distribución poco dispersa, de dispersión media y de dispersión elevada

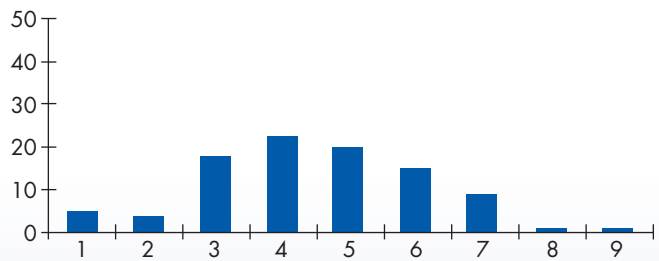
A. Distribución poco dispersa

- Mediana: 9
- P25: 8
- P75: 9



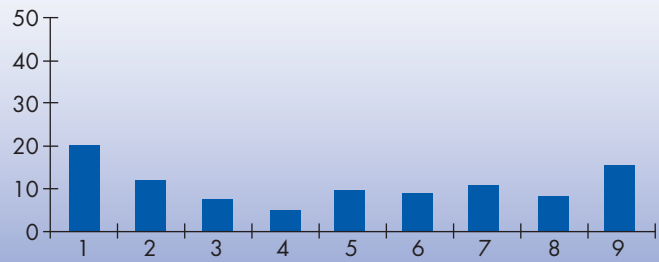
B. Distribución con dispersión media

- Mediana: 4
- P25: 3
- P75: 6



B. Distribución con elevada dispersión

- Mediana: 4
- P25: 2
- P75: 7



RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 5.1. Hábitos de vida saludable..... | 35 |
| 5.2. Diagnóstico precoz y prevención activa..... | 44 |
| 5.3. Diagnóstico..... | 51 |
| 5.4. Tratamiento..... | 60 |
| 5.5. Organización de la atención diagnóstica y terapéutica..... | 70 |
| 5.6. Evolución del cáncer en los supervivientes de más de 5 años..... | 86 |
| 5.7. Cuidados paliativos..... | 91 |
| 5.8. Política oncológica..... | 95 |

5. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados del análisis prospectivo en un horizonte de cinco años mediante gráficos y parámetros estadísticos –valores percentiles y porcentajes– que describen los posicionamientos de los panelistas ante los escenarios planteados.

5.1. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

Más de la mitad de los tumores cancerígenos podrían ser objeto de prevención mediante cambios en los estilos de vida y la exposición a factores de riesgo. Este es el objetivo de la prevención primaria.

Las estrategias preventivas de Salud Pública implican la acción intersectorial de las administraciones y las empresas, la educación, la información y la adopción generalizada de estilos de vida que promueven la salud y previenen la aparición del cáncer.

En este apartado se valoran los posicionamientos de los participantes en la consulta en relación a los principales factores de riesgo implicados en la etiología del cáncer o en un mayor riesgo de enfermedad asociada en los supervivientes, como son: el hábito tabáquico, la obesidad y el ejercicio físico, el hábito alcohólico, los factores de riesgo ambiental y la adopción genérica de estilos de vida saludables.

5.1.1. Hábito tabáquico

El tabaco constituye en la actualidad el agente carcinógeno conocido más importante en la génesis del cáncer y la mayor causa prevenible de mortalidad, siendo responsable anualmente, a nivel mundial, de 3 millones de nuevos pacientes que en su mayoría padecen cáncer de pulmón, cavidad oral, páncreas, riñón y vejiga.

En las Figuras de la 4 a la 12 se describen gráficamente las expresiones de deseos (D) y pronósticos (P) de los panelistas en relación al hábito tabáquico teniendo en cuenta las distribuciones de sus puntuaciones, el valor de la mediana y la concentración o dispersión del 50% de los consultados entre los percentiles 25% y 75%. De las mismas se deduce que los participantes de la investigación desean que se endurezca la legislación contra el tabaco (92% puntúan con valores entre 5 y 7), no se aplique de forma desigual la prohibición de fumar en las diferentes CC.AA (85% puntúan con valores bajos entre 1 y 3), se tolere el hábito en los lugares de restauración (83% puntúan en contra con valores entre 1 y 3), se considere el hábito tabáquico una adicción (82% puntúan con valores 6 o 7), que los tratamientos contra el hábito tabáquico deben ser financiados parcial o totalmente por las CC.AA (86% puntúan con valores entre 5 y 7), que se reduzca la prevalencia del hábito tabáquico por debajo del 15% de la población (93% puntúan con valores entre 5 y 7) y existe una cierta indiferencia a que se prioricen procedimientos clínicos específicos en función de si se está dispuesto a abandonar el consumo de tabaco (valor mediana 5 con una dispersión de 4 unidades entre el P75 y el P25).

En relación a los escenarios probables, los participantes del estudio pronostican sus dudas en relación a que se endurezca la legislación contra el tabaco (54% puntúan en los valores entre 5 y 7). Existe una ligera tendencia a pronosticar que la aplicación de la normativa en las CC.AA se hará de forma desigual (63% puntúan valores entre 5 y 7, con un valor 5 de mediana) e indiferencia en torno a la valoración sobre el mantenimiento de tolerancia en el consumo de tabaco en los lugares de restauración (valor de mediana 4) y pronóstico débil en la valoración del hábito tabáquico como una adicción (valor de mediana 5). Más de la mitad de panelistas expresaron sus dudas de que la prevalencia poblacional de fumadores se fuera a mantener por debajo del 15% (54% puntuaron valores bajos entre 1 y 3 con un valor 3 de mediana). Con

respecto a este último, el panel de expertos pronosticó una tendencia a que la prevalencia poblacional se situará en torno al 25 % (valor 5 de mediana). Finalmente, el pronóstico no confirma un escenario de racionamiento de procedimientos clínicos en función de la disposición a abandonar el consumo de tabaco (66% puntuaron entre valores de 1 a 3 con un valor mediana de 3).

En las figuras indicadas se advierten pocas diferencias entre los D y P expresados por los panelistas. Las diferencias más importantes se hallan en la aplicación territorial desigual de la legislación contra el tabaco (valor de mediana 1 en D de desigualdad versus valor 5 de mediana en pronóstico de aplicación desigual) y en la predicción de una prevalencia poblacional del hábito tabáquico en torno a la actual del 25% (valor de mediana 2 en deseo y de 5 en P) frente al 15% (valor de mediana 7 en D y de 3 en P). Se han encontrado variaciones de 2 unidades de valor de mediana entre D y P en la aplicación de la normativa reguladora en el ámbito de la restauración (valor de mediana 2 en D de una aplicación desigual versus valor de mediana 4 en P), en la definición del tabaquismo como una adicción (valor de mediana 7 en D versus 5 en P) y en su tratamiento como adicción (valor de mediana 6 en D versus 4 en P) en la priorización condicionada de procedimientos clínicos (valor de mediana 5 en D versus 3 en P).

Figura nº 4. Se endurecerá la legislación antitabáquica y se aplicará con tolerancia cero en todo el Estado

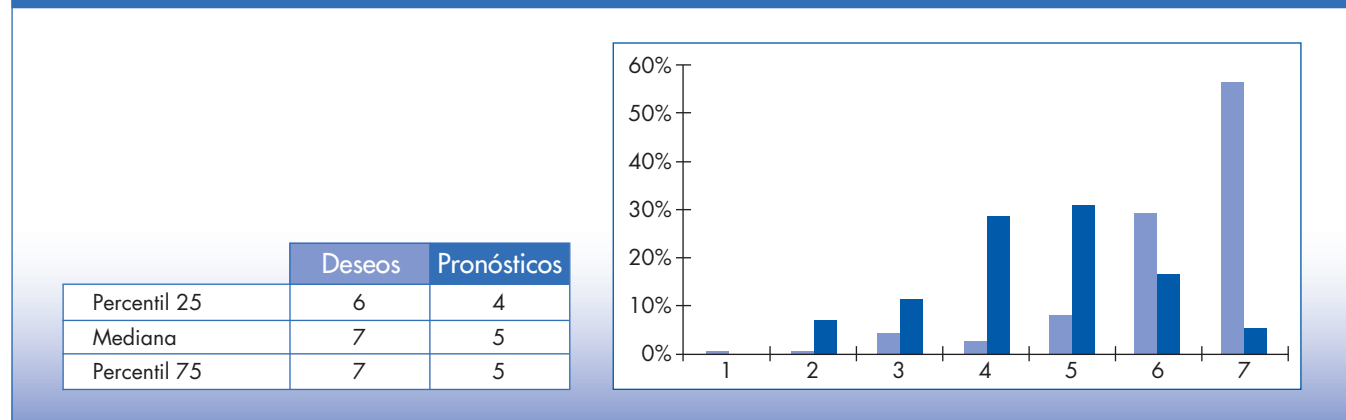


Figura nº 5. La prohibición se aplicará de forma desigual en las diferentes CCAA

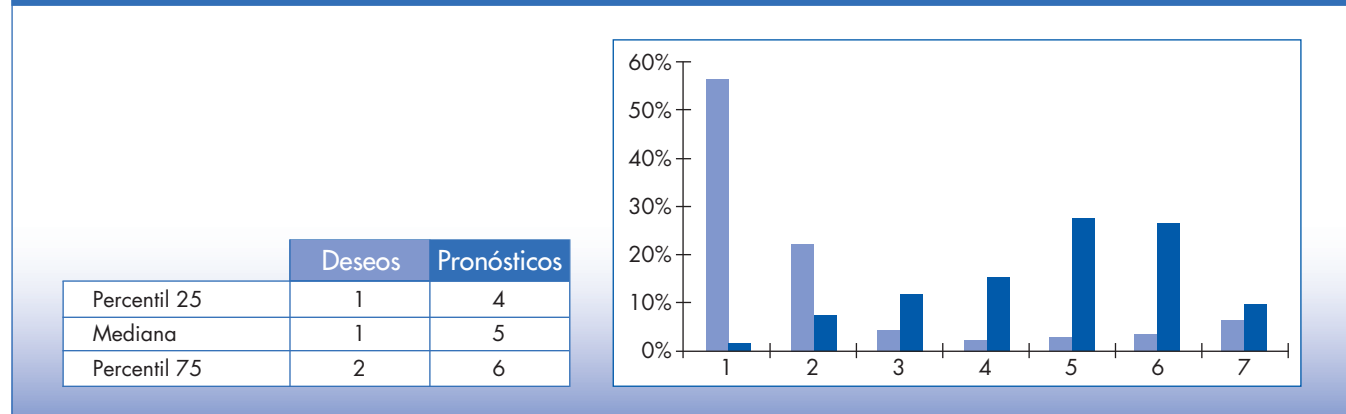


Figura n° 6. Prevalecerá la legislación actual que tolera el hábito tabáquico en lugares de restauración

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 3 |
| Mediana | 2 | 4 |
| Percentil 75 | 2,75 | 5 |

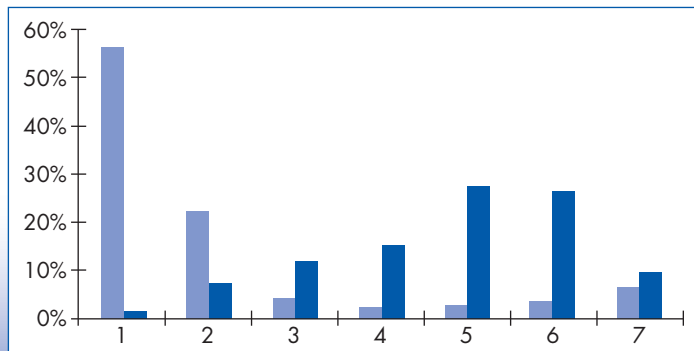


Figura n° 7. El tabaquismo se considerará una adicción

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

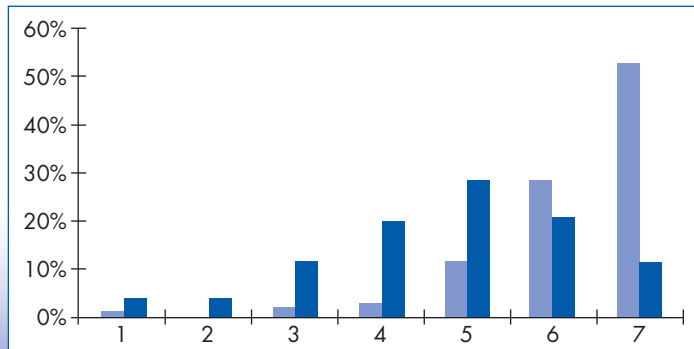


Figura n° 8. El tabaquismo recibirá tratamiento específico como adicción y éste será financiado parcial o totalmente por las CCAA

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

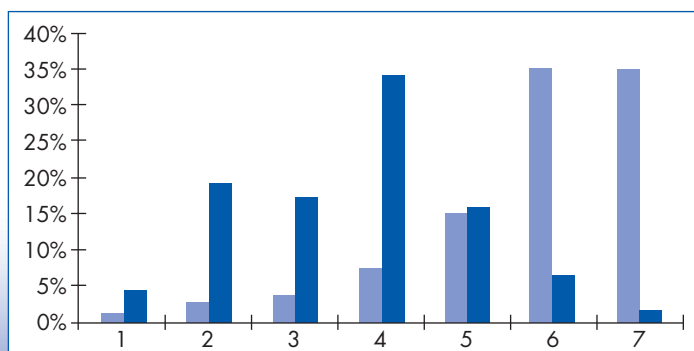


Figura nº 9. La prevalencia del hábito tabáquico en la población española se mantendrá parecida a la actual de un 25% de la población

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 3 | 6 |

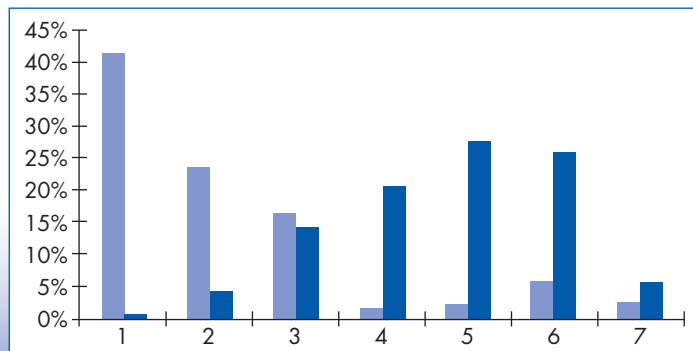


Figura nº 10. La prevalencia del hábito tabáquico se reducirá por debajo del 15%

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 2 |
| Mediana | 7 | 3 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

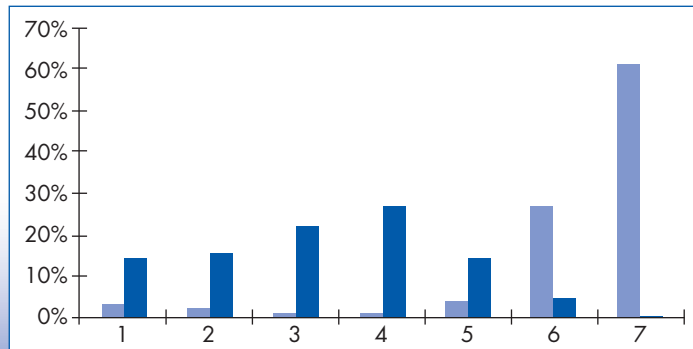


Figura nº 11. La prevalencia del hábito tabáquico aumentará por encima del 35%

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 1 |
| Mediana | 1 | 2 |
| Percentil 75 | 1 | 3 |

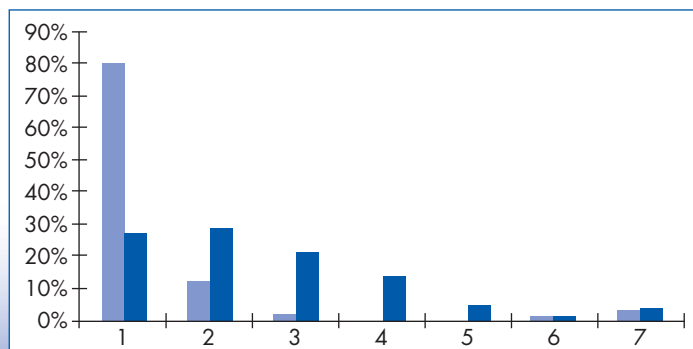
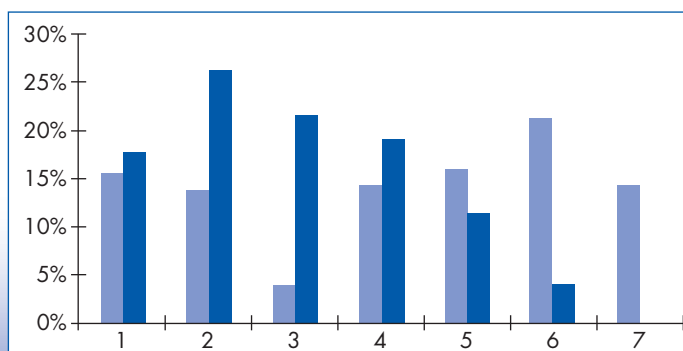


Figura nº 12. Se priorizará la cobertura sanitaria de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos en función de la posibilidad de que el paciente abandone el hábito tabáquico

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 2 | 2 |
| Mediana | 5 | 3 |
| Percentil 75 | 6 | 4 |



5.1.2. Obesidad y ejercicio físico

La evidencia epidemiológica disponible relaciona la obesidad, la falta de ejercicio físico y aspectos relativos a la dieta entre los factores de riesgo de incidencia del cáncer, incluyendo los tumores de colon, mama, estómago e hígado.

Las Figuras 13 y 14 describen gráficamente las expresiones D y P en relación a la obesidad y al ejercicio físico situando como parámetros de referencia la realización de al menos 40 minutos de actividad física unas tres veces por semana y en un porcentaje poblacional del 30%. De las mismas se deduce que los participantes de la investigación desean que en el año 2015 un 30% de la población española haga ejercicio físico de 40 minutos de duración o más tiempo un promedio de tres veces por semana (97% puntúan con valores entre 5 y 7 con un valor 7 de mediana) y pronostican que es probable que eso no se cumpla (63% puntúan valores entre 1 y 3 con un valor de mediana de 3). De hecho, como medida de consistencia interna de las respuestas de este estudio se realizó la pregunta a la inversa (81% puntuaron valores entre 1 y 3, y con un valor de mediana de 2 en el D de que menos de un 30% de la población cumpliera ese objetivo frente a un P con valor mediana 5 de que eso vaya a ocurrir). El valor de corte del 30% como objetivo de salud confirmó la discordancia entre D y P (valores de mediana 7 de D versus 3 de P).

En la Figura 15 se refleja la visión de los panelistas respecto a un aumento de la prevalencia de la obesidad, medida por un incremento del Índice de Masa Corporal en la población española, manifestándose una importante discrepancia entre los D y los P. Así, mientras el 96% de los panelistas manifestaban no desear que se produjera un aumento de la prevalencia, un 66% afirmaba que eso podría suceder (valores de mediana 1 de D de no aumento y 5 de P)

Figura n° 13. Más de un 30% de la población cumplirá este objetivo

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 2 |
| Mediana | 7 | 3 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

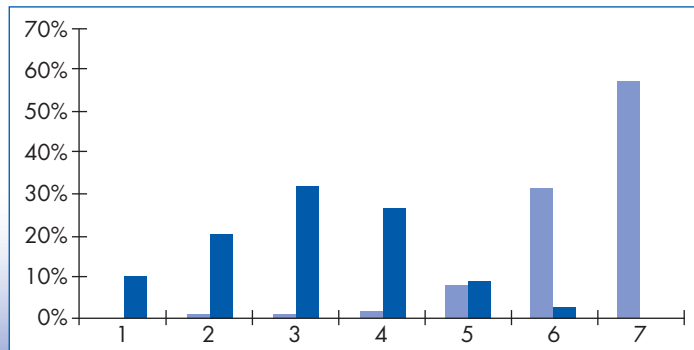


Figura n° 14. Menos de un 30% de la población cumplirá este objetivo

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 2,25 | 6 |

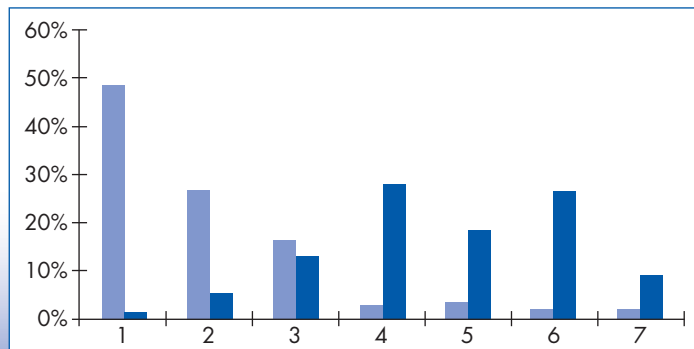
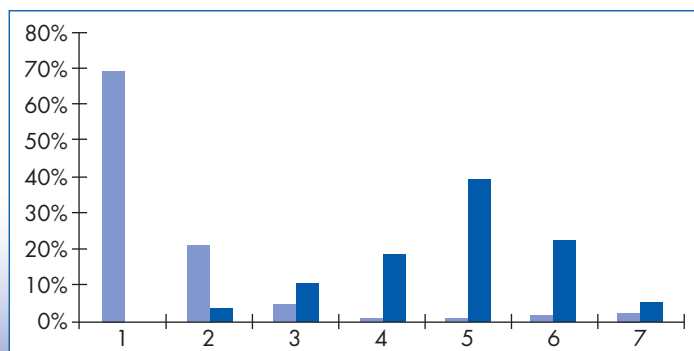


Figura n° 15. Incremento de la actual prevalencia de la obesidad (medida por el índice de masa corporal, IMC)

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 1 | 5 |
| Percentil 75 | 2 | 6 |



5.1.3. Hábito Alcohólico

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de neoplasias de la cavidad oral, faringe, esófago, laringe e hígado. También se ha asociado al cáncer colorectal y de mama.

Las Figuras 16, 17, 18 y 21 describen las predicciones de D y P en relación al hábito alcohólico. En los mismos se identifica que existe una coincidencia en las tendencias de D y P en relación a que se mantenga un mensaje de salud pública que recomiende un consumo moderado de alcohol (valores de mediana 6). Esta idea de moderación viene reforzada por la tendencia casi coincidente en los D y en los P a no recomendar la abstinencia total en el consumo de alcohol (valores de mediana 3 en D y 2 en P). Además, un 95% desean que estos mensajes de salud pública se centren en la población adolescente y juvenil (valor de mediana 7 de D) y un 79% desean que aumente la imposición fiscal a las bebidas alcohólicas (valor 6 de mediana en D y P). En la Figura 20 se visualiza un D elevado, expresado por el 96% de los panelistas, de que las personas limiten el consumo individual de alcohol "a no más de cuatro copas diarias en los hombres y dos en las mujeres" (valor de mediana 1 en el D de que aumente el consumo y valor de mediana 3 en P). Finalmente, la cuestión que plantea mayor contradicción hace referencia al racionamiento de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función de que el paciente muestre disposición al abandono del hábito alcohólico, dónde existe una variabilidad de 3 unidades entre los percentiles 25% y 75% de los D con un valor central de mediana de 5 y un 51% de los panelistas posicionados entre los valores 5 y 7. En cambio, los valores P están más centrados en torno a un valor de mediana de 3, con sólo 17% pronosticando que se exigirá una corresponsabilidad significativa al paciente.

Figura n° 16. Se mantendrá el mensaje que recomienda un "consumo moderado"

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 5 |
| Mediana | 6 | 6 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

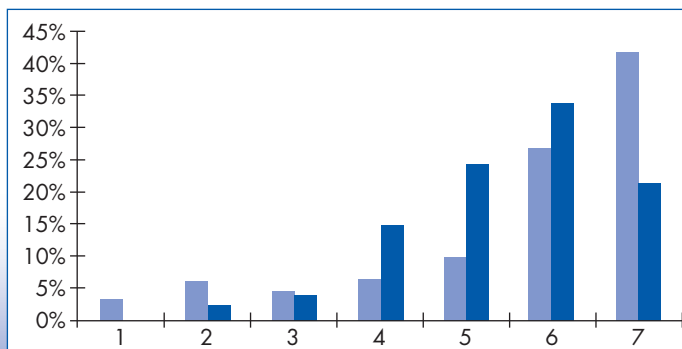


Figura n° 17. Se propondrán recomendaciones de abstinencia total

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1,75 | 1 |
| Mediana | 3 | 2 |
| Percentil 75 | 5 | 3 |

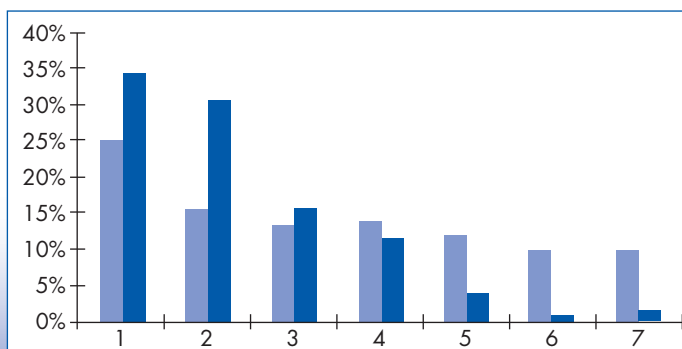


Figura n° 18. Se priorizará la cobertura sanitaria de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos en función de la posibilidad de que el paciente abandone el hábito alcohólico

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 2 |
| Mediana | 5 | 3 |
| Percentil 75 | 6 | 4 |

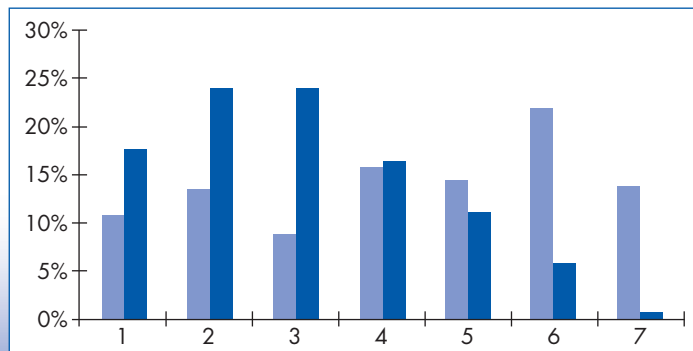


Figura n° 19. La educación sanitaria se centrará en la población adolescente y juvenil

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

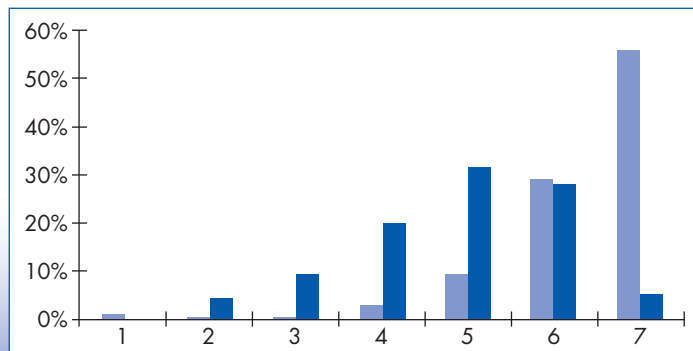


Figura n° 20. Incremento del consumo excesivo de alcohol (más de 4 copas diarias en hombres y más de dos copas diarias en mujeres)

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 2 |
| Mediana | 1 | 3 |
| Percentil 75 | 2 | 4 |

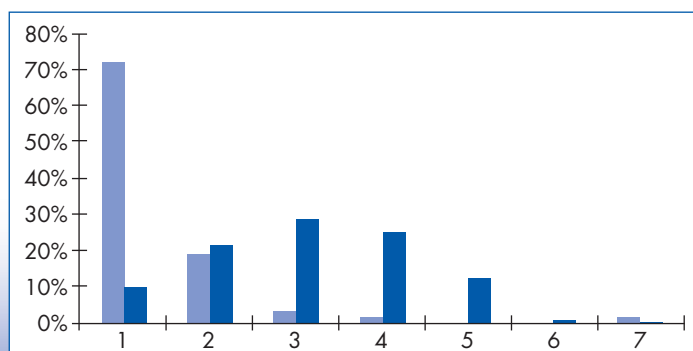
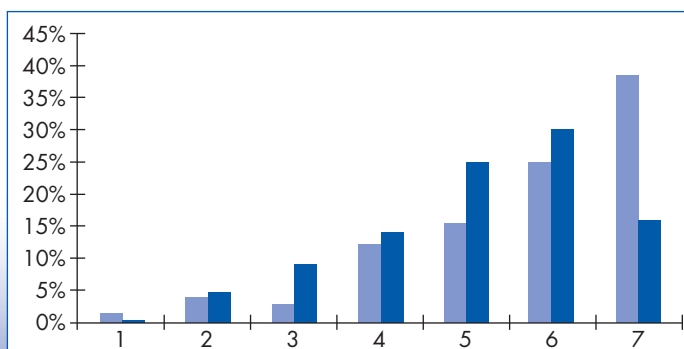


Figura nº 21. Aumentarán los impuestos asociados a las bebidas alcohólicas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |



5.1.4. Factores de riesgo ambiental y estilos de vida saludable

La Figura 22 presenta la valoración de los panelistas respecto a los factores de riesgo ambiental y laboral que están asociados con el cáncer. En la misma se comprueba que el 83% de los panelistas expresaron el D de que se incrementaran los sistemas de detección de sustancias carcinógenas ambientales y laborales (valor 7 de mediana de D), mientras que sólo 27% pronosticaron que se iba a producir ese incremento (valor 4 de mediana de P). Finalmente, a modo de resumen del conjunto de esta sección, en la Figura 23 se visualiza como el 83% de los panelistas expresan el D de que aumenta la adopción de hábitos de vida saludable por parte de la población, mientras que sólo un 26% creen que eso va a pasar.

Figura nº 22. Incremento de la implantación de los sistemas de detección de sustancias carcinógenas ambientales y laborales, incluidas las radiaciones

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

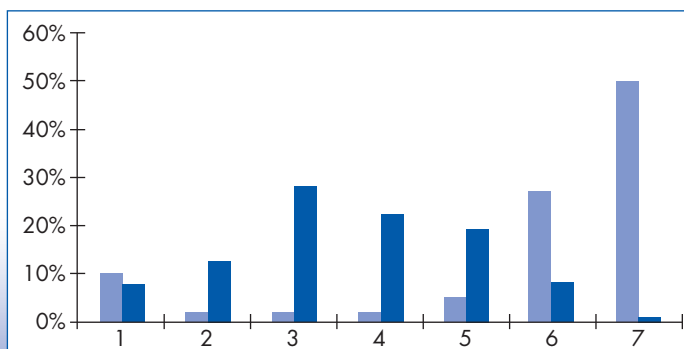
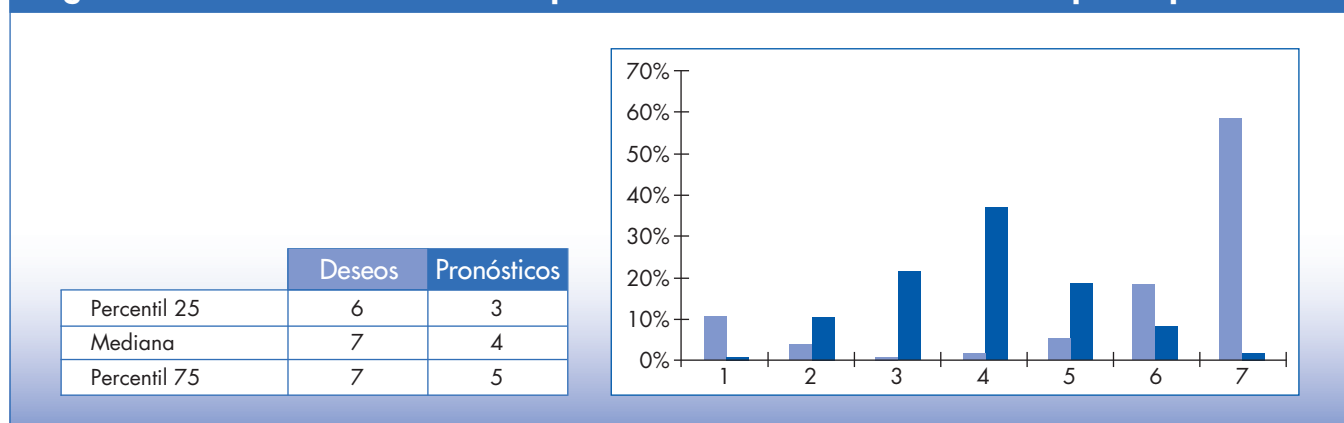


Figura n° 23. Incremento en la adopción de estilos de vida saludables por la población



5.2. DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN ACTIVA

En este apartado se plantean supuestos relacionados con diversos procedimientos de detección y prevención activa del cáncer y se recogen los posicionamientos del panel sobre el rol de la Atención Primaria como dispositivo general de entrada del paciente, la función de los cribados en la detección y la utilización de estrategias de quimioprevención.

5.2.1. Atención Primaria

Las Figuras de la 24 a la 27 permiten apreciar las expresiones de D y P de los panelistas en relación a las estrategias de detección precoz asumibles desde la Atención Primaria. En este sentido el 97% de los participantes expresaron su D de que la población estuviera mejor informada sobre las estrategias de prevención y diagnóstico precoz (valor de mediana 7) mientras que un 61% pronosticaron su acuerdo con que eso se iba a producir aunque con una tendencia moderada (valor de mediana 5). Con respecto al rol de la Atención Primaria existe unanimidad (con valores de mediana 7) en relación a su mayor implicación en la difusión de actividades preventivas basadas en los consejos antitabáquico y antialcohólico, en el diagnóstico precoz del cáncer y en la reducción de los tiempos de espera o demora en la confirmación de la sospecha diagnóstica. Esta unanimidad en los D contrasta con una tendencia a valores P situados en medidas intermedias de la mediana. De este modo, mientras que el 98% expresaron un D de que se hiciera el consejo contra hábitos tóxicos, un 62% opinaron que eso es lo que sucedería (valor 5 de mediana de P). Lo mismo ocurre con la implicación de la Atención Primaria en el diagnóstico precoz, que es deseada por un 96% de los panelistas y pronosticada por un 56% (valor 5 de mediana de P). Mayor es la diferencia entre D y P en relación a la capacidad resolutoria de la Atención Primaria, dónde un 99% la desean y menos de la mitad, un 42% la pronostican (valor 4 de mediana de P).

Figura n° 24. La población estará mejor informada sobre las estrategias de prevención y diagnóstico precoz del cáncer

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

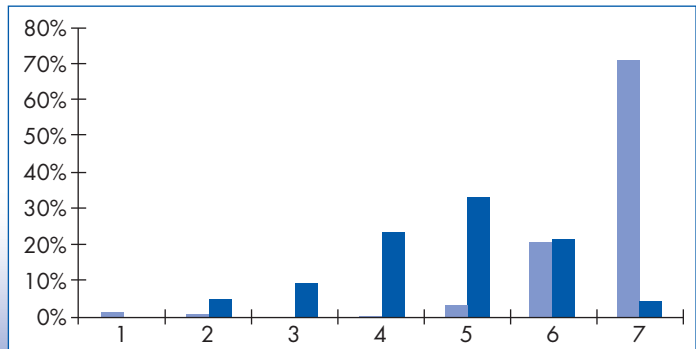


Figura n° 25. Los dispositivos de Atención Primaria se implicarán más en las actividades preventivas basadas en el consejo antitabáquico y el consejo antialcohólico

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

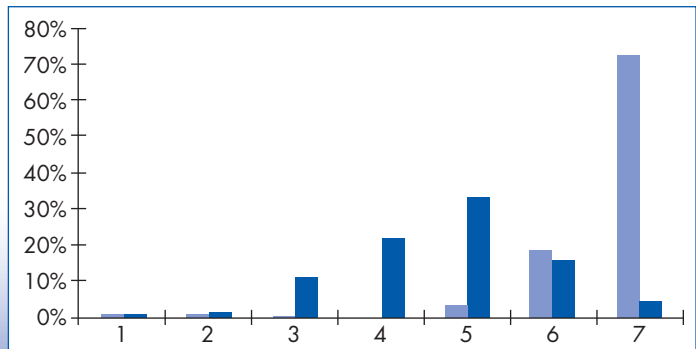


Figura n° 26. Los dispositivos de Atención Primaria se implicarán más en el diagnóstico precoz del cáncer

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

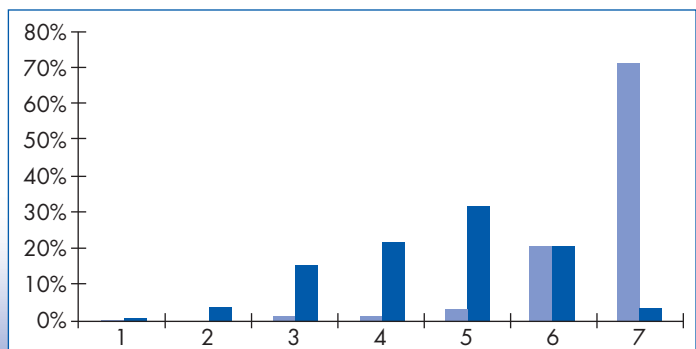
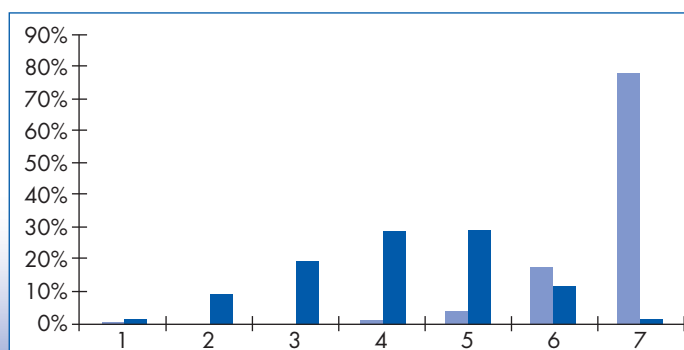


Figura n° 27. Los dispositivos de Atención Primaria incrementarán su nivel de resolución contribuyendo a reducir los tiempos de demora desde el diagnóstico de sospecha al diagnóstico de confirmación

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |



5.2.2. Cribado

Las pruebas de detección precoz de cribado del cáncer tienen como objetivo anticipar la detección de la enfermedad antes de que ésta cause síntomas y se ofrecen de forma generalizada a la población general o de forma específica a segmentos de la misma definidos, por ejemplo, por tramos de edad o factores de riesgo.

En la Figura 28 se visualiza que un 97% de los participantes en el estudio expresan el D de que el sistema sanitario incentivará las estrategias de cribado y de diagnóstico precoz (valor 7 de mediana de D), aunque la tendencia a creer que eso se va a producir se distribuye entre posiciones intermedias (valor 5 de mediana de P) y es expresada por un 51% de los panelistas. En la Figura 29 un 98% deseaban que estas estrategias beneficiaran a toda la población con independencia de su nivel socioeconómico, mientras que un 51% lo pronosticaron (valores de mediana 7 de D y 5 de P). Además, la Figura 30 un 97% de los panelistas expresan su D de que se establecieran registros de tumores para la realización de estudios epidemiológicos para el conjunto de la población del estado (valor 7 de mediana de D), lo que contrasta con una tendencia dubitativa a que éstos se desarrollarán expresada por menos de la mitad del panel (valor 4 de mediana de P con un porcentaje del 41%).

Además de la información y los registros de tumores, las estrategias de salud pública en cáncer se fundamentan en intervenciones específicas para el diagnóstico anticipado o precoz. En las Figuras subsiguientes se analizaron las valoraciones que los panelistas hicieron a las estrategias de cribado más comunes y más controvertidas. Así, en la Figura 31 un 98% de los panelistas expresaron el D unánime de que el cribado del cáncer de mama alcance al 100% de mujeres que cumplen los criterios de indicación (valor 7 de mediana de D), mientras que la tendencia a pronosticar que eso se cumpla no llegó a alcanzar esa unanimidad, siendo expresada por un 61% de los panelistas (valor 5 de mediana de P). Una respuesta similar se puede comprobar en relación al cribado de cáncer de endometrio (ver Figura 32) dónde un 97% de los panelistas desearon que las mujeres entre 30 y 50 años pudieran acceder a una citología al menos una vez cada tres años, mientras que la mayoría se situaban en posiciones de P moderado (valor 5 de mediana con un porcentaje favorable de un 56%). En la Figura 33 se indican las expresiones de D y P en relación al aumento del número de personas que se van a hacer una colonoscopia después de los 50 años y se mostró una coincidencia entre D y P, con valores de mediana 6 para D (expresado por un 93%) y de 5 para P (expresado por un 59%).

El estudio aquí presentado también evaluó la opinión de los expertos en relación a tres tipos de cribado controvertidos en la actualidad: la utilización de la tomografía computarizada (TAC) en el cribado del cáncer de pulmón en la Figura 34, la medida del antígeno de superficie prostática (PSA) para la detección del cáncer

de próstata en la Figura 35 y el aumento de personas que solicitarán un análisis del riesgo genético en la Figura 36. El uso del cribado del cáncer de pulmón mediante un TAC presentó una respuesta homogénea de indeterminación en cuánto a los D y los P de que aumente el número de personas que soliciten esta estrategia de cribado, con valores de mediana coincidentes en torno a la posición 4. En cambio, el abandono del cribado del cáncer de próstata mediante la medida del PSA resulta más controvertida, ya que 40% desearon su abandono situándose en puntuaciones entre 1 y 3 y un 48% no lo desearon situándose en posiciones entre 5 y 7 (valor 4 de mediana de D). Sin embargo, el P indicó una tendencia a que no se iba a abandonar con un valor de mediana de P de 3. Por otra parte, se manifestó una tendencia a expresar el D de que aumentara el número de personas que solicitaran una valoración de su riesgo genético (valor 6 de mediana de D y un porcentaje favorable de un 69%) que casi coincidía con la expresión de P (valor 5 de mediana y un porcentaje a favor de su ocurrencia de un 66%).

Figura n° 28. El sistema de salud incentivará las estrategias de cribado y de diagnóstico precoz

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

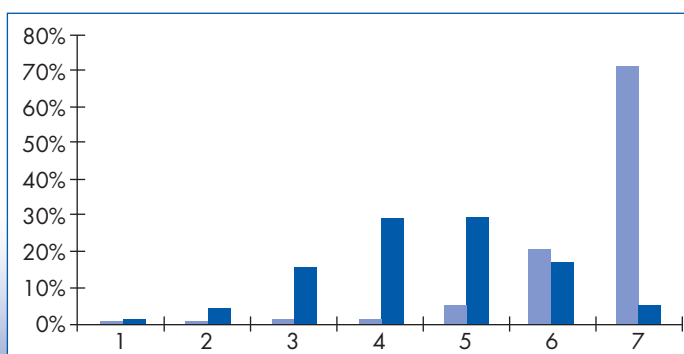


Figura n° 29. Las estrategias de cribado cubrirán a toda la población que se puede beneficiar de las mismas con independencia de su nivel socioeconómico

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 3 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

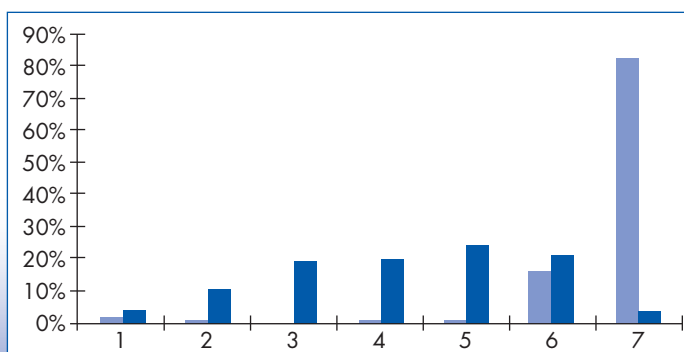


Figura nº 30. Se dispondrá de registro de tumores que permitan la realización de estudios epidemiológicos a nivel de toda la población cubierta por el SNS

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

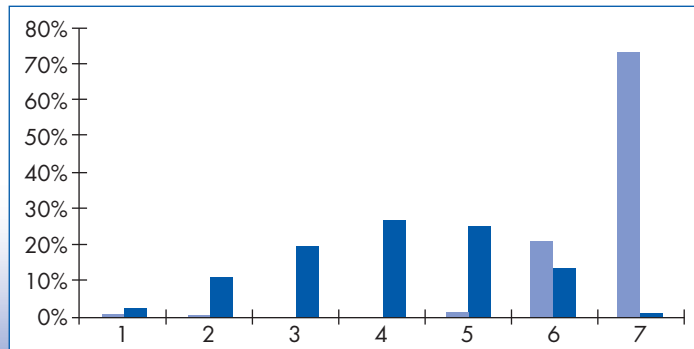


Figura nº 31. La cobertura poblacional del cribado de cáncer de mama habrá alcanzado en España el 100% de la población para el que esté indicado

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

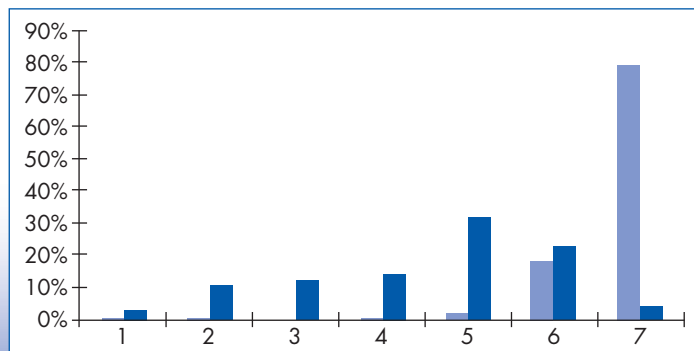


Figura nº 32. La cobertura poblacional en las mujeres entre 30 y 50 años será de por lo menos 1 citología en los últimos tres años

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

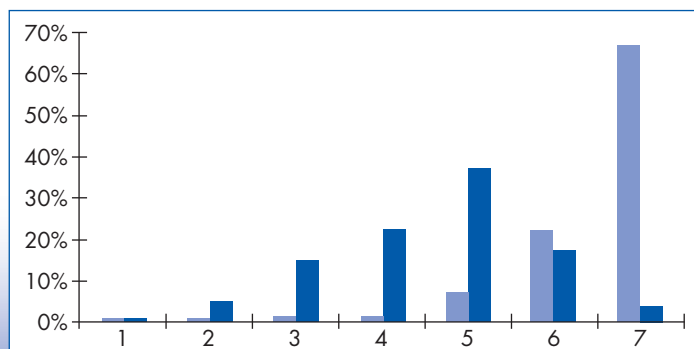


Figura n° 33. El número de personas que se harán una colonoscopia después de los 50 años aumentará

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

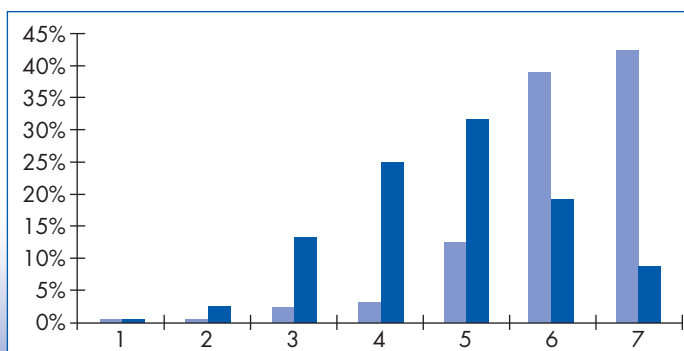


Figura n° 34. El número de personas, especialmente fumadores, que solicitarán un TAC para el diagnóstico precoz de un cáncer de pulmón aumentará

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 3 |
| Mediana | 4 | 4 |
| Percentil 75 | 5 | 5 |

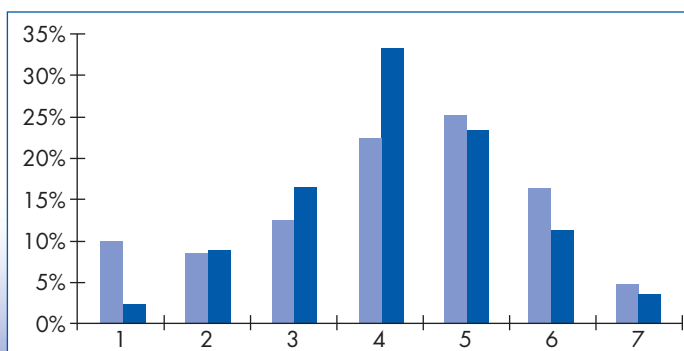


Figura n° 35. Se abandonará la medida del PSA como estrategia de cribado del cáncer de próstata

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 2 | 2 |
| Mediana | 4 | 3 |
| Percentil 75 | 6 | 4 |

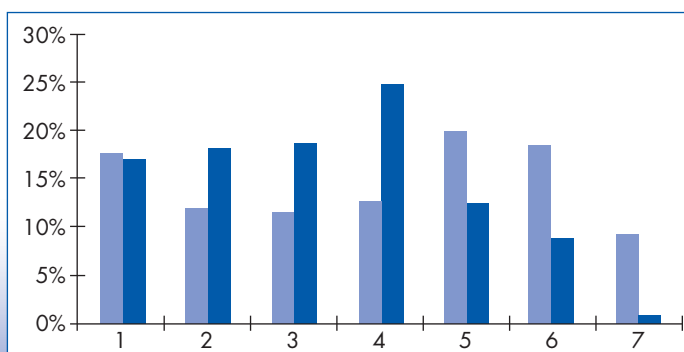
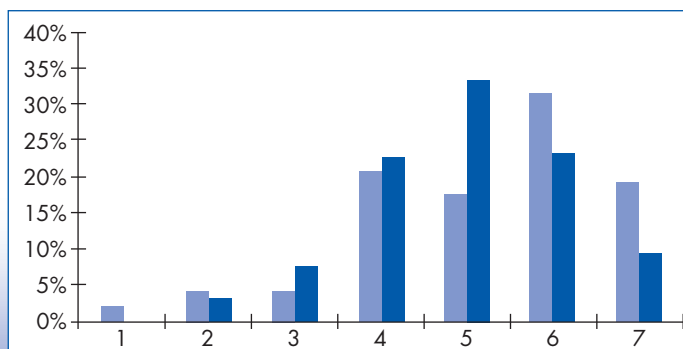


Figura n° 36. El número de personas que solicitarán análisis de riesgo genético aumentará

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 7 |



5.2.3. Quimioprevención

La posibilidad de adoptar estrategias genéricas de prevención, como son la administración de vitaminas o de complementos alimenticios, o específicas, basadas en la inmunización mediante vacunas frente a virus asociados al cáncer fué considerada en la consulta efectuada.

En la Figura 37 se muestra la existencia de una discrepancia entre el D que se desarrollen estrategias específicas de quimioprevención (valor 6 de mediana de D y deseada por 78%) y que estas se produzcan (valor 4 de mediana de P y pronosticadas por un 24%). En relación a la prevención del cáncer mediante vitaminas, suplementos específicos y productos alimenticios, los panelistas coincidieron sin convicción en sus D y P en que aumentaría su utilización, con un valor 4 de mediana y 2 unidades de distancia entre los percentiles del 25% y el 75% (43% lo desearon vs 31% que lo pronosticaron) (ver Figura 38). Los posicionamientos respecto a la posibilidad de que la prevención específica basada en vacunas contra virus asociados al cáncer aporte cambios significativos en la incidencia del cáncer se puede visualizar en la Figura 39. En el mismo se detecta una contradicción entre el D (valor de mediana 7 y un porcentaje favorable del 88%) y el P (valor de mediana 4 y sólo el 39% a favor).

Figura n° 37. Se desarrollarán estrategias específicas de quimioprevención

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

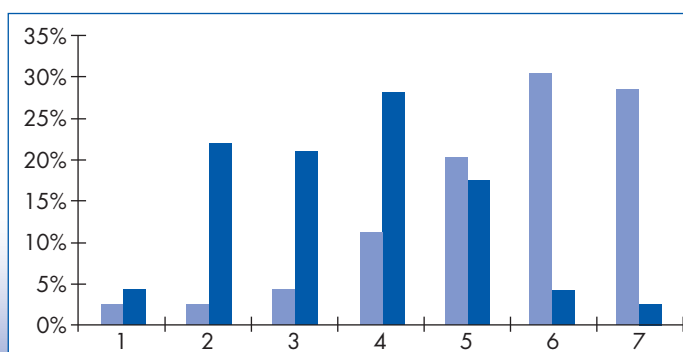


Figura n° 38. La utilización de suplementos alimenticios, vitaminas y productos similares aumentarán en la población con la finalidad de prevenir el cáncer

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 3 |
| Mediana | 4 | 4 |
| Percentil 75 | 5 | 5 |

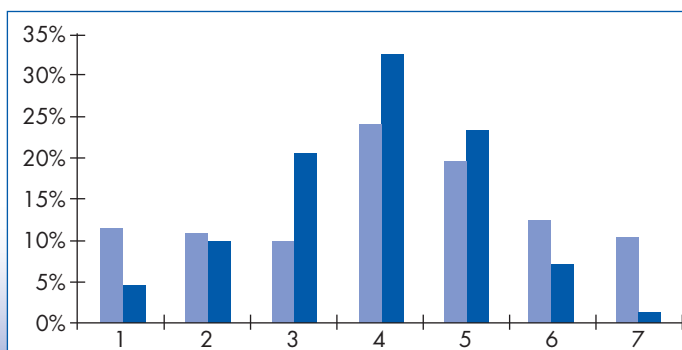
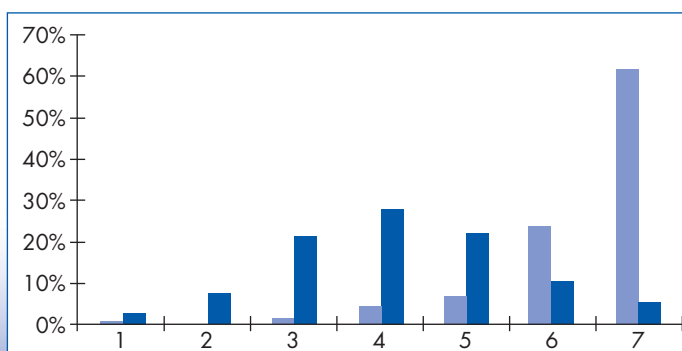


Figura n° 39. Las vacunas contra los virus al cáncer aportarán cambios significativos en su incidencia

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |



5.3. DIAGNÓSTICO

El estudio evaluó dos aspectos del diagnóstico en la atención oncológica: la utilización de biomarcadores en el diagnóstico y en la selección de opciones terapéuticas y las tecnologías de diagnóstico por la imagen.

5.3.1. Biomarcadores

El futuro del manejo clínico del cáncer puede depender en gran medida de la utilización de biomarcadores bioquímicos, fisiológicos o radiológicos detectados en pacientes pero ausentes en las personas sanas. Su utilización permitiría una valoración precisa del pronóstico de la enfermedad y de los resultados clínicos esperables en el manejo terapéutico de los distintos estadios evolutivos de la enfermedad. Además los biomarcadores podrían anticipar posibles recurrencias tumorales y procesos metastáticos.

En las Figuras 40 a 47 se describen las visiones de los deseos y los pronósticos expresados por los panelistas en relación a los aspectos mencionados. En este sentido, una de las áreas que los expertos predicen que tendrán un mayor futuro en la evolución de la atención oncológica es la utilización del análisis ge-

nético y molecular para definir mejor indicaciones diagnósticas y terapéuticas específicas. Este concepto ha sido definido en el presente estudio con el término de “biomarcadores”. En las Figuras anteriores se describen las tendencias en D y P expresadas por los panelistas. En general, la mayor parte expresaron mayoritariamente un D de que los biomarcadores cumplan las funciones que les son atribuidas por los expertos y que aparecen contempladas en las diferentes propuestas del cuestionario, en el horizonte del año 2015, aunque la tendencia a creer que eso vaya a ocurrir es prudente. La mayor distancia entre D y P aparece en relación a la capacidad de los biomarcadores para predecir el riesgo de invasión del tumor, con un 97% que lo desean y un sólo un 47% que opinan que eso pasará (valores de mediana 7 de D y 4 de P), en su capacidad para detectar individuos asintomáticos, un 96% lo desean frente a un 37% que lo pronostican (valores de mediana 7 de D y 4 de P) y en su capacidad de evitar intervenciones innecesarias en individuos asintomáticos calificados como falsos positivos: lo desean el 99% y lo pronostican el 46% (valores de mediana 7 de D y 4 de P).

La relación entre D y P en relación a las otras posibles utilizaciones de los biomarcadores muestra una tendencia de 2 unidades de diferencia entre los valores de la mediana de 7 en D y de 5 en P en los ítems valorados en las Figuras 43 a la 47. Esta tendencia se manifiesta en relación a la capacidad de tomar decisiones clínicas en función de las predicciones terapéuticas, en la elección entre una opción de manejo clínico basada en la observación expectante frente a un tratamiento activo, en la decisión de optar por cirugía frente a opciones terapéuticas menos invasivas, en la selección de terapias personalizadas y en la identificación del tipo de pacientes que más se pueden beneficiar de una opción terapéutica específica. Una tendencia similar pero con un valor de mediana de D de 6 y uno de P de 4 se percibe en la Figura 48 en referencia a la pérdida de preeminencia del análisis histológico convencional como referente diagnóstico definitivo: los panelistas dudan de que eso vaya a ocurrir en el horizonte de la consulta.

Figura n° 40. Predicción del riesgo de invasión del tumor

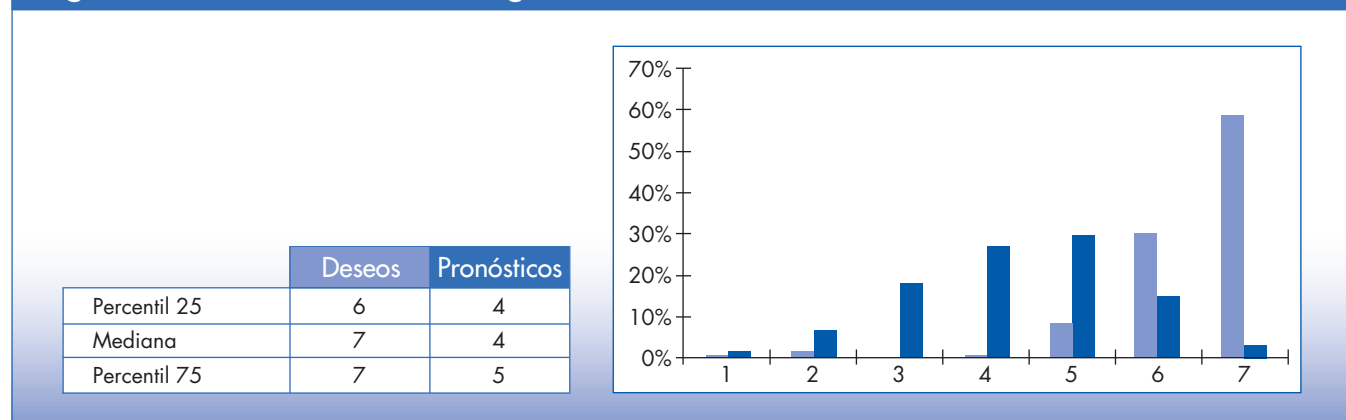


Figura n° 41. Permitirán la detección de individuos asintomáticos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

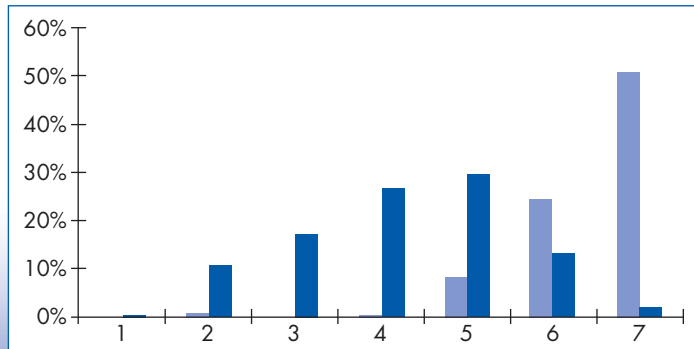


Figura n° 42. Permitirán evitar intervenciones innecesarias en los falsos positivos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

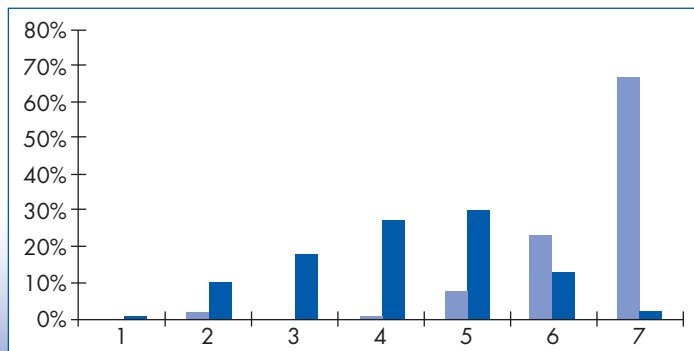


Figura n° 43. Mejora de la toma de decisiones clínicas basadas en la predicción de los resultados asociados a cada opción terapéutica

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

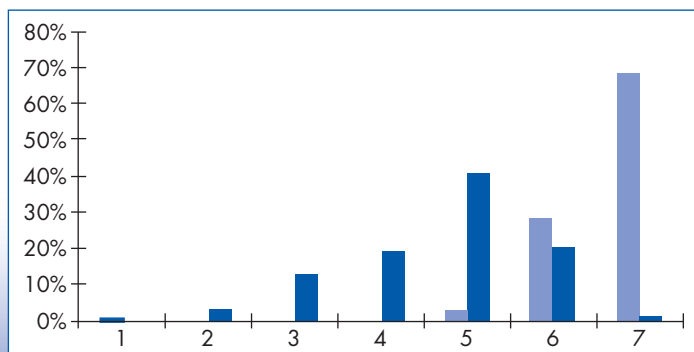


Figura nº 44. Aportación de información esencial para elegir entre las opciones de tratamiento activo versus observación expectante

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

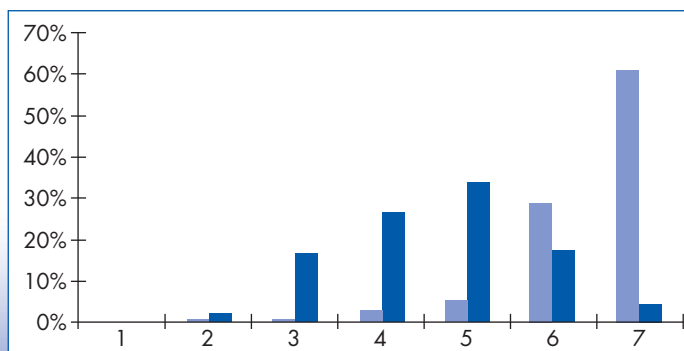


Figura nº 45. Aportación de información esencial para elegir entre la cirugía versus otras opciones terapéuticas menos o no invasivas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

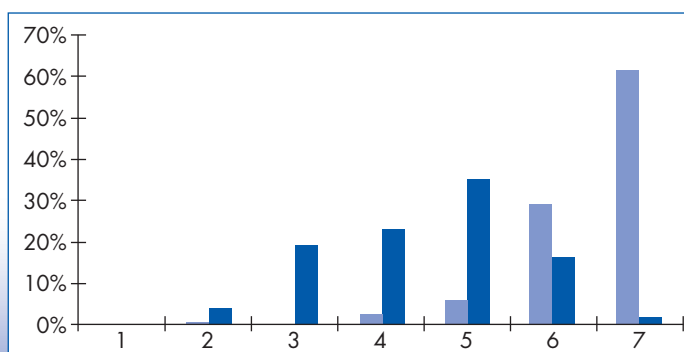


Figura nº 46. Guiarán la elección de terapias personalizadas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

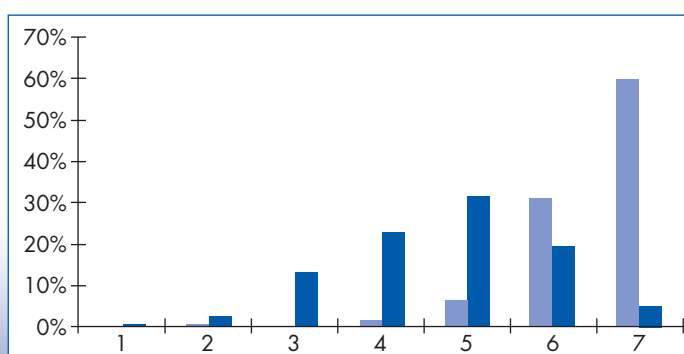


Figura nº 47. Permitirán identificar anticipadamente pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de determinadas opciones terapéuticas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

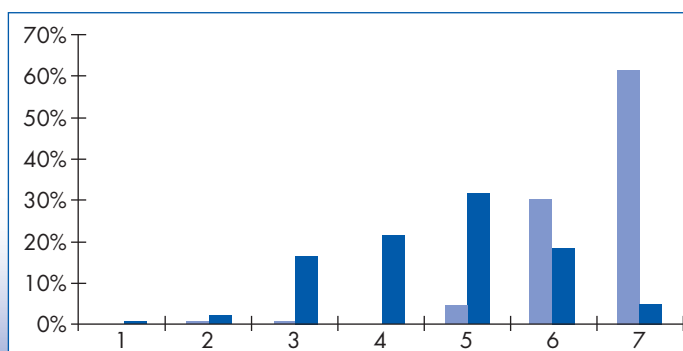
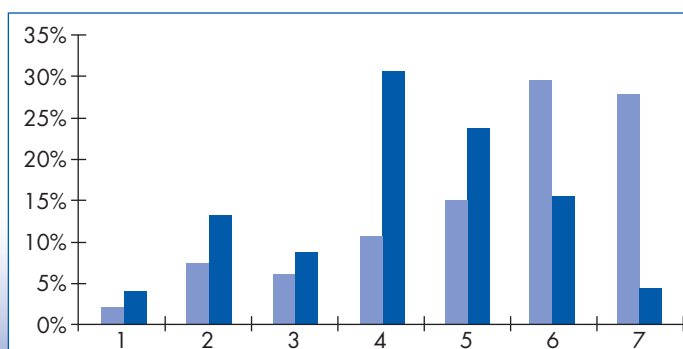


Figura nº 48. Pérdida de preeminencia de la valoración histológica de los tejidos como único referente diagnóstico definitivo

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 4 | 4 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |



5.3.2. Diagnóstico por imagen

La tecnología de diagnóstico por imagen se utiliza, en general, para valorar la extensión del tumor, la existencia de una recidiva o la aparición de lesiones metastásicas. Destacan las aplicaciones de la tomografía computerizada y la resonancia magnética en la evaluación del tamaño y la localización del tumor. La tendencia de futuro contempla la asociación de técnicas con capacidad de detectar la actividad metabólica del tumor y las aplicaciones en tres dimensiones y de carácter dinámico. Un ejemplo de esta tecnología de mayor complejidad es la utilización de técnicas combinadas como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET).

En esta sección los panelistas valoraron los posibles avances en tecnología de diagnóstico por la imagen en el año 2015 y los aspectos referidos a la organización de los servicios que acogen estas tecnologías.

Se observa una situación en la que el D es mayoritario y el P indefinido (valor 6 de mediana de D y 4 de P) que se visualiza en la Figura 49 en referencia a la colonoscopia guiada por TAC y en la Figura 50 respecto a la opción del PET-TAC como prueba en el seguimiento de la mayoría de tumores. Más coincidente fue la relación entre D y P en lo que respecta a la elección del TAC como estrategia de elección en el seguimiento de tumores (valores 5 de mediana en D y P, Figura 51). Además, en las Figuras 52 a 53 se observa una

relación congruente con valor de mediana 6 de D y 5 de P en las cuestiones referidas a la introducción de técnicas combinadas con el PET para reemplazar al TC y a la RM convencional, la adopción como técnica de elección en el estadiaje de la mayoría de tumores del PET-TC, la introducción de nuevos marcadores específicos en la realización del PET (ver Figura 54) y la necesidad de más ciclotrones para la producción de marcadores específicos (ver Figura 55).

En situaciones en las que se espera un avance tecnológico importante resulta necesario, en términos de prospectiva, valorar qué cambios se han de producir en la organización para acoger esas innovaciones, así cómo valorar si éstas estarán disponibles para todas las personas que las puedan necesitar y beneficiarse de las mismas. En este sentido, y en relación a la capacidad para atender la necesidad, en la Figura 56 se visualizó como un 80% de los panelistas rechazan, con valores comprendidos entre 1 y 3, que el SNS no pueda dar cobertura a la innovación en tecnología de diagnóstico por la imagen, mientras que un 57% pronosticó, con puntuaciones entre 5 y 7, que eso podría pasar (valores de mediana 2 de D y 5 de P). Esta visión concuerda con la contradicción visualizada en la Figura 57 entre el rechazo de que existirá un déficit de profesionales especializados en el diagnóstico por la imagen y la tendencia a pronosticar que eso pueda ocurrir en el año 2015 (valores de mediana 2 versus 5 de P en que esa situación de déficit se produzca). Finalmente, las dos cuestiones descritas en las Figuras 58 y 59 abordaron la integración de los servicios de diagnóstico por la imagen con la oncología y la anatomía patológica, respectivamente, y produjeron una respuesta similar por parte de los panelistas (valores de mediana 6 en D y 4 en P). Así, el 83% desearon la integración con diagnóstico por la imagen y el 84% la integración con anatomía patológica, mientras que sólo un 29% y un 26%, respectivamente, lo pronosticaron. Finalmente, en la Figura 60 se visualizó un D casi concordante con los P en referencia a la necesidad de una mayor especialización de los profesionales de diagnóstico de la imagen en función de la complejidad técnica y la ubicación del tumor (valores de mediana 6 de D y 5 de P).

Figura n° 49. Se utilizará la colonoscopia guiada por tomografía en el diagnóstico del cáncer colorrectal

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

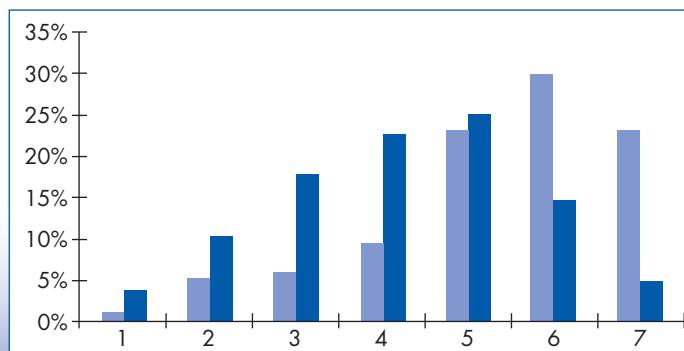


Figura n° 50. La PET-TC (Tomografía por Emisión de Positrones – Tomografía Axial Computerizada) será la prueba de la elección para el seguimiento de la mayoría de tumores

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

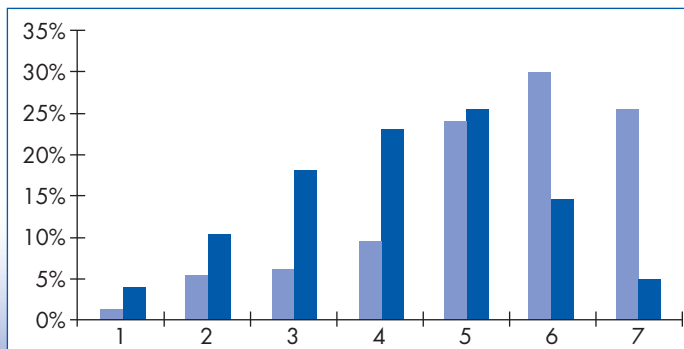


Figura n° 51. El TC (Tomografía Axial Computerizada) multicorte se impondrá como estrategia de elección en el seguimiento de los tumores

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 4 | 4 |
| Mediana | 5 | 5 |
| Percentil 75 | 6 | 5 |

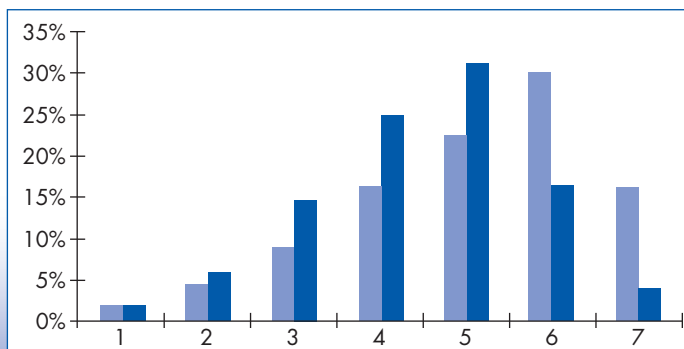


Figura n° 52. La TC (Tomografía Computerizada) y la RM (Resonancia Magnética) se verán sustituidos progresivamente por el equipamientos mixtos PET-TC (Tomografía por Emisión de Positrones – Tomografía Computerizada) y PET-RM (Tomografía por Emisión de Positrones – Resonancia Magnética)

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

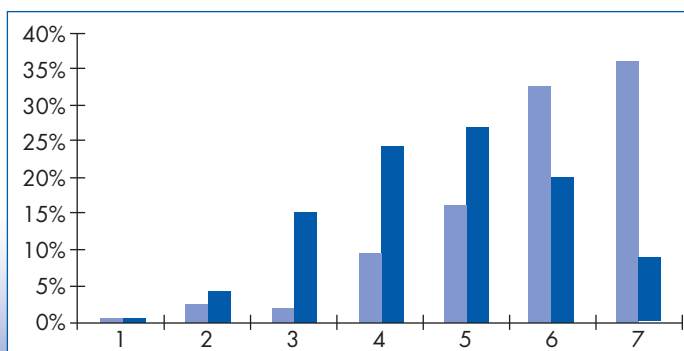


Figura n° 53. La PET-TC (Tomografía por Emisión de Positrones – Tomografía Computerizada) se aplicará a los diagnósticos de cáncer para el estadiaje de la mayoría de tumores

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

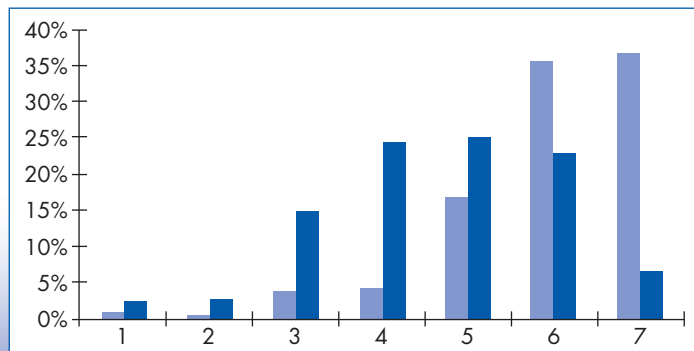


Figura n° 54. Se introducirán nuevos marcadores específicos de tumor en la realización del PET (Tomografía por Emisión de Positrones)

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

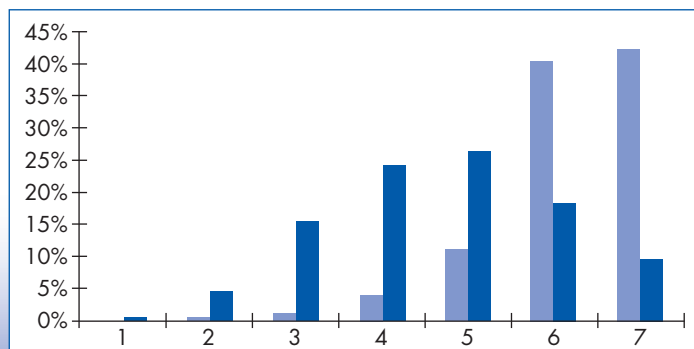


Figura n° 55. Se precisarán más ciclotrones para la producción de marcadores específicos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

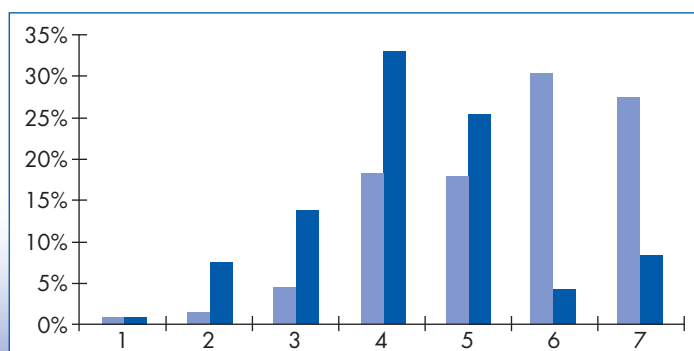


Figura n° 56. El SNS no podrá dar cobertura universal a todas las innovaciones en tecnología de diagnóstico por la imagen

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 3 | 6 |

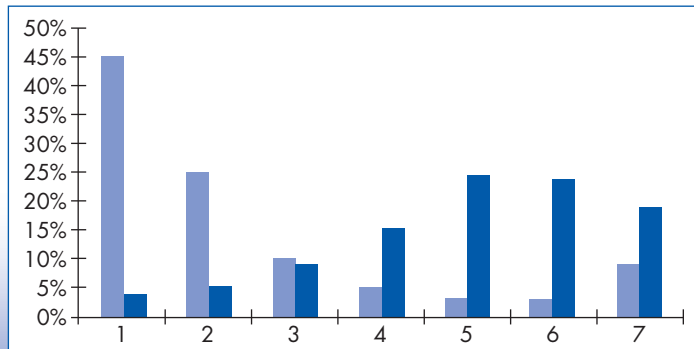


Figura n° 57. Existirá un déficit de profesionales del diagnóstico por la imagen

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 3 | 6 |

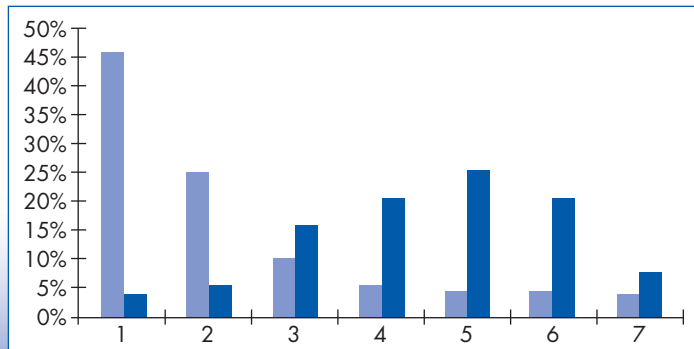


Figura n° 58. Se producirá una integración funcional entre los servicios de oncología y los de diagnóstico por la imagen como consecuencia de la necesidad de conseguir una mayor especialización del proceso asistencial

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

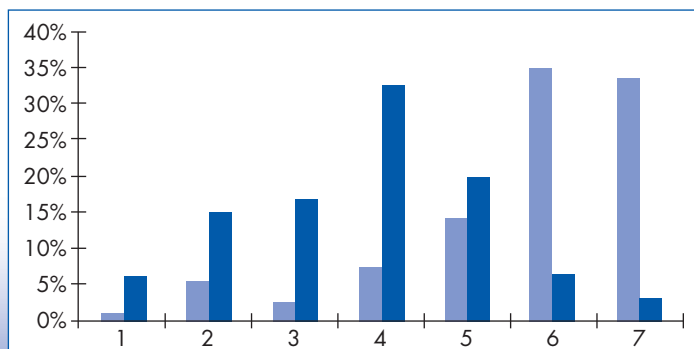


Figura n° 59. Se producirá una integración entre los servicios de diagnóstico por la imagen y los de anatomía patológica para acortar el tiempo de duración del proceso diagnóstico

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 2 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

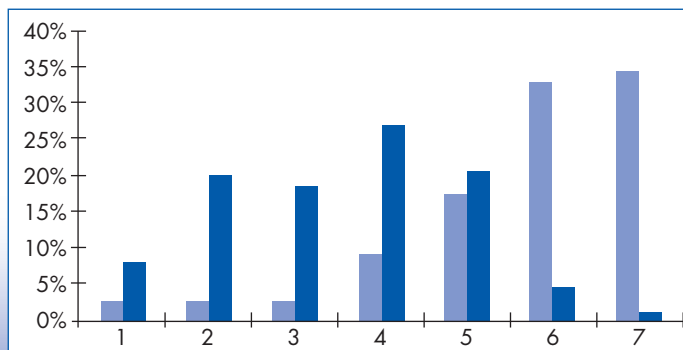
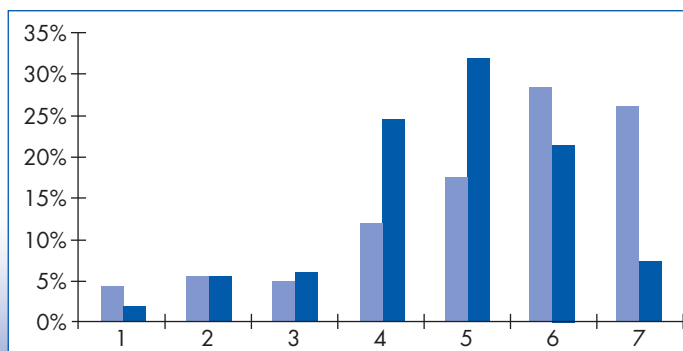


Figura n° 60. El diagnóstico por la imagen requerirá de una mayor especialización de los profesionales por tipo de tumor y por complejidad de la técnica diagnóstica

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 4 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |



5.4. TRATAMIENTO

En este capítulo se describen las predicciones, en términos de los D y P de los panelistas en relación a potenciales mejoras en las tres áreas terapéuticas actualmente más comunes en la atención oncológica: quimioterapia, radioterapia y cirugía.

5.4.1. Quimioterapia

A pesar de que la utilización de la quimioterapia citotóxica sistémica ha experimentado algunas mejoras su aplicación ofrece aún limitaciones en tolerancia, especificidad, resistencias y toxicidad.

Dada la amplitud de los posibles tratamientos farmacológicos del cáncer, en esta sección se han considerado aspectos de la quimioterapia que, a juicio de los expertos consultados y de la bibliografía disponible, pueden generar importantes cambios transformadores en el tratamiento oncológico.

Los panelistas expresan su desacuerdo tanto con el escenario de restricciones presupuestarias y freno en la investigación de los tumores raros y los de mal pronóstico, como con que los tratamientos basados en dianas moleculares no permitirán tratar los tumores de mayor prevalencia.

En la Figura 61 se refleja una gran dispersión en la posición de los panelistas en relación con la predicción propuesta por el cuestionario de que las restricciones presupuestarias podrán frenar la investigación en el tratamiento de tumores raros y de mal pronóstico, con un 58% de panelistas que no aceptan la hipotética restricción. Por otra parte un 68% de los panelistas son optimistas y desestiman el pronóstico planteado por el cuestionario de que la farmacoterapia basada en dianas moleculares no vaya a poder utilizarse en el tratamiento de los tumores de mayor prevalencia.

En la Figura 62, el 93 % de los panelistas se adhieren a la predicción de que se priorizará la investigación en terapias basadas en dianas moleculares, el 81% apoyan la investigación sobre la reducción del crecimiento tumoral y el 85 % a la línea de investigación sobre la inhibición de la angiogénesis.

La Figura 63 refleja la predicción del panel sobre la mayor o menor influencia de una serie de factores críticos en el éxito del desarrollo de productos quimioterápicos.

En orden de mayor a menor importancia en su influencia, medida por el porcentaje de panelistas que se sitúan en puntuaciones máximas de pronosticó los factores de éxito adoptan el siguiente ranking: formación de los profesionales en la metodología del ensayo clínico (47%), la concentración de los ensayos clínicos en centros de referencia acreditados (36%), la disponibilidad de biomarcadores efectivos de la evolución terapéutica (32%), la apertura de los criterios de inclusión de los ensayos clínicos a un mayor número de pacientes(32%), la priorización de los ensayos clínicos en pacientes frágiles con elevada comorbilidad (27%) y un aumento del número de ensayos clínicos de fase II (24%).

El factor menos valorado por los panelistas fue el uso compasivo como estrategia de ensayo clínico (19%).

Figura nº 61. Manifieste su rechazo, indiferencia o adhesión a los siguientes pronósticos (puntúe: rechazo –de 1 a 3–, indiferencia –de 4 a 5–, adhesión –de 6 a 7–)

Las restricciones presupuestarias frenarán la investigación para el tratamiento de tumores raros y los de mal pronóstico.

Los tratamiento basados en dianas moleculares específicas no permitirán tratar los tumores de mayor prevalencia

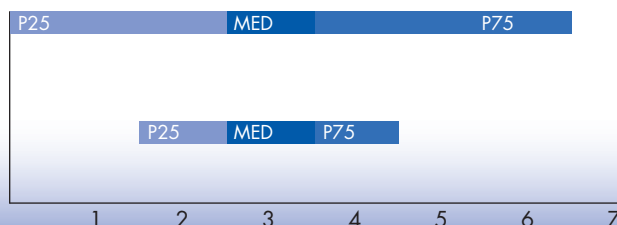


Figura nº 62. Manifieste su rechazo –1 a 3–, indiferencia –de 4 a 5– o adhesión –de 6 a 7– a los siguientes pronósticos sobre la priorización de la investigación farmaterapéutica en los próximos 5 años: Se priorizarán...

Las terapias basadas en las dianas moleculares específicas

La reducción del crecimiento tumoral

La inhibición de la angiogénesis

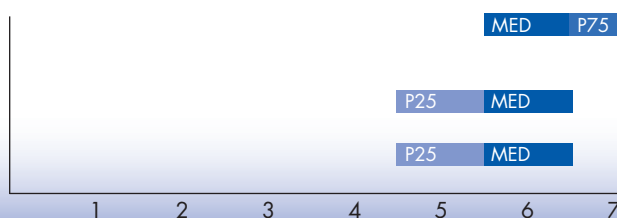
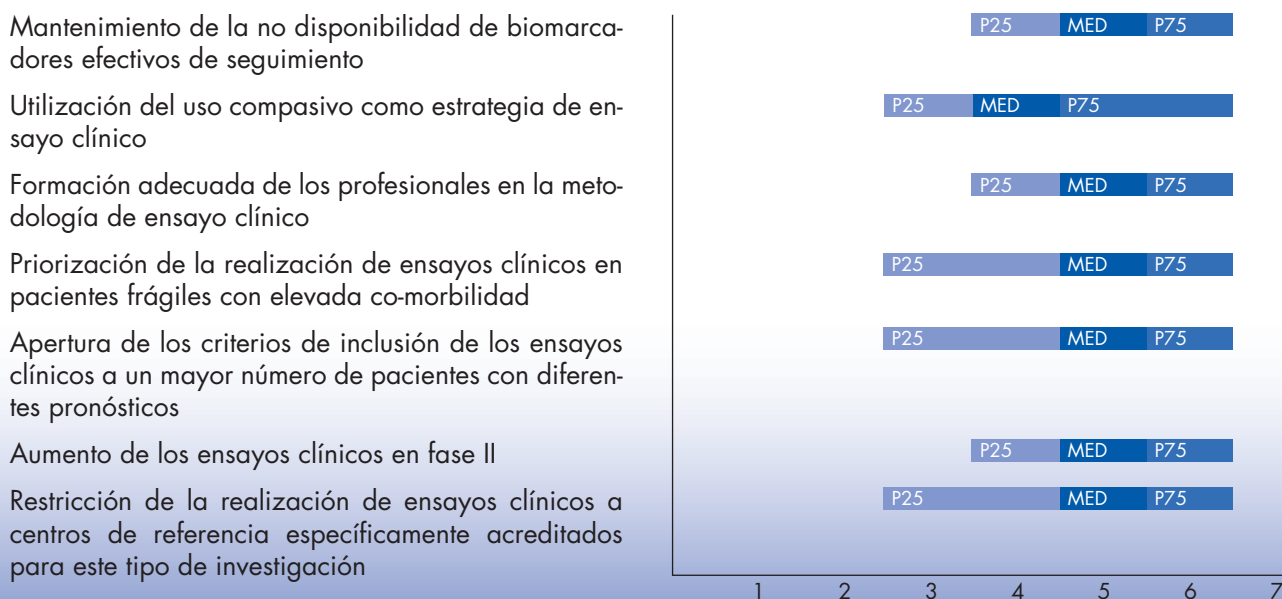


Figura n° 63. Indique su pronóstico acerca de la menor o mayor influencia de las siguientes tendencias en el éxito de nuevos fármacos en su fase de desarrollo. Puntúe de 1 – la menor influencia – a 7, la mayor influencia:



5.4.2. Radioterapia oncológica

Los avances tecnológicos de la radioterapia oncológica contribuyen de manera creciente a la mejora de los resultados y de la calidad asistencial, aportando una precisión sin precedentes en la liberación de la dosis quimioterápicas, a la resolución de la demarcación de los tejidos dañados y a la reducción de los efectos secundarios de tratamientos agresivos.

El panel se manifiesta, asimismo, valorando opciones de gestión de mantenimiento, reposición, sustitución de equipos y financiación de la inversión correspondiente.

En las respuestas del panel se observan en las Figuras de la 64 a la 67 valores muy elevados en el deseo de incorporación a la práctica clínica habitual de las innovaciones sugeridas en el cuestionario –radioterapia tridimensional, radioterapia de intensidad modulada y radioterapia guiada por tecnologías de diagnóstico por imagen– con pronósticos de ocurrencia positivos aunque matizados.

El mayor porcentaje de pronósticos favorables –69%– corresponde a la radioterapia guiada por imagen. Sin embargo el pronóstico correspondiente a la sustitución de la tecnología por isótopos por tecnología basada en nanopartículas concita sólo el 41% de pronósticos a favor.

La implantación y difusión de avances tecnológicos de última generación a la gestión clínica depende en gran medida de la magnitud del déficit y la obsolescencia en el equipamiento de los centros y la política de reposición e innovación del equipo y cada vez tiene mayor importancia en las estrategias de inversión la adopción de fórmulas mixtas de financiación y mantenimiento entre proveedores de equipos y la dirección financiera de los centros.

La Figura 68 visualiza una oposición unánime del 93% en el D (valor 1 de mediana) a que no se remedie el déficit de los equipos de radioterapia. Esta predicción cuenta con un pronóstico moderado de que ese déficit se mantenga en los próximos cinco años, (valor de 5 mediana).

En este sentido, en la Figura 69 se refleja una expresión rotunda del D (valor 7 de mediana) favorable a que se corrija el déficit de equipamiento frente a un pronóstico escéptico de que eso vaya a ocurrir.

Estas predicciones sobre los equipamientos se complementan en la Figura 70 con una ajustada expectativa de D y un pronóstico indeciso de P (mediana=4) de que se priorice la incorporación de innovaciones en el recambio de equipos desfasados.

A destacar en la Figura 71 la alineación de deseo y pronósticos discretos favorables a la consolidación de formas mixtas público-privadas de financiación y mantenimiento de equipamientos radiológicos (valores de mediana 5 de D y P).

Figura nº 64. Radioterapia en tres dimensiones

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 7 |

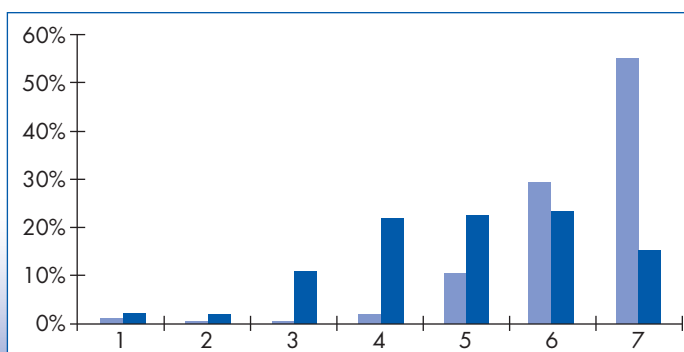


Figura nº 65. Radioterapia con IMPT (Radioterapia de Intensidad Modulada)

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 7 |

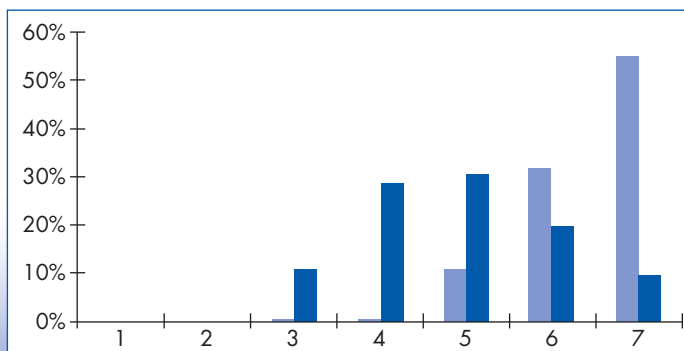


Figura n° 66. Radioterapia guiada por imagen

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 7 |

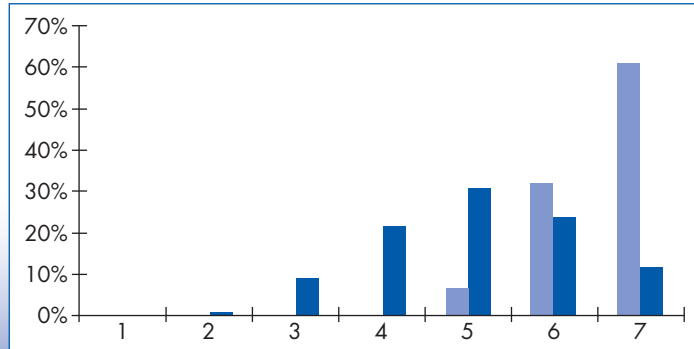


Figura n° 67. Sustitución de la tecnología de isótopos por nanopartículas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 7 |

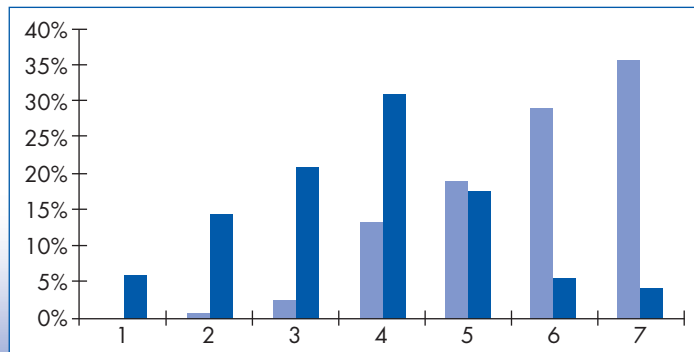


Figura n° 68. Se mantendrá el déficit de equipamiento y no se podrán atender todas las necesidades

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 1 | 5 |
| Percentil 75 | 2 | 6 |

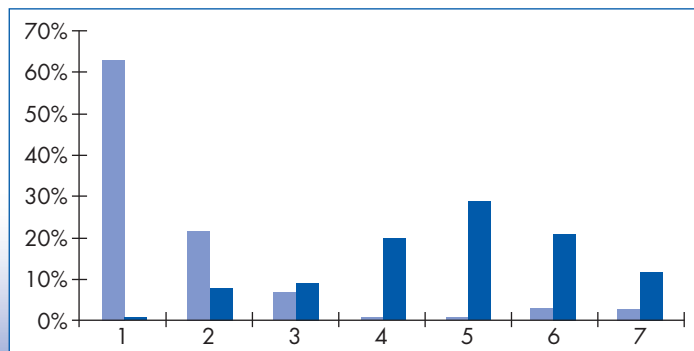


Figura n° 69. Se corregirá el déficit de equipamiento y se podrán atender todas las necesidades

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 2 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

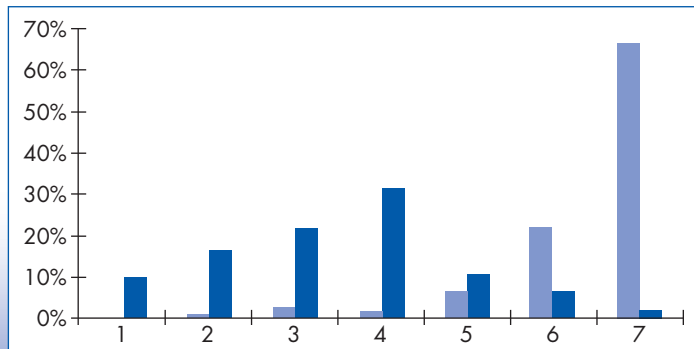


Figura n° 70. Se priorizará la adopción de innovaciones frente a la reposición de equipo desfasado

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 4 |
| Mediana | 5 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

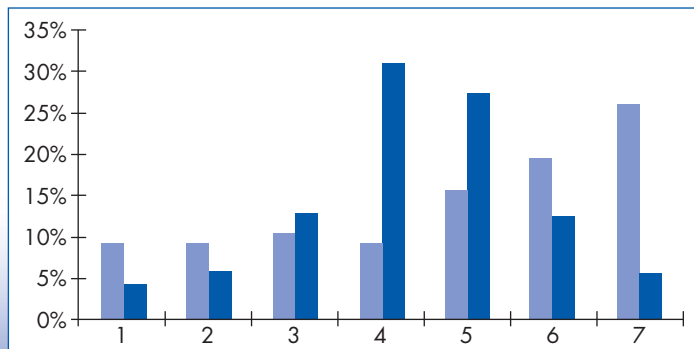
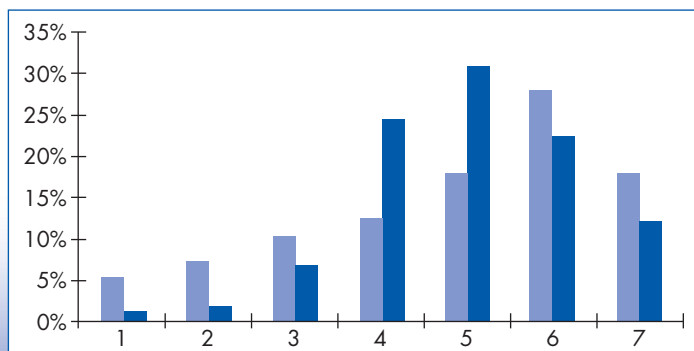


Figura n° 71. Se consolidarán fórmulas mixtas de financiación y mantenimiento de equipamientos radiológicos público-privados

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 4 | 4 |
| Mediana | 5 | 5 |
| Percentil 75 | 6 | 6 |



5.4.3. Cirugía oncológica

La cirugía mantiene su hegemonía en el tratamiento de tumores sólidos con una marcada tendencia hacia formas cada vez menos invasivas y conservadoras evitando la resección de órganos y estructuras sanas.

La nueva tecnología laparoscópica y, especialmente, la robótica asociada a la radiología por imagen anuncian intervenciones mínimamente invasivas en cavidades del cuerpo de difícil acceso.

Los panelistas expresaron unánimemente, en un 97%, como se observa en la Figura 72, su D congruente con un pronóstico en la misma dirección aunque algo menos rotundo - de que los estudios preoperatorios y el diagnóstico de estadiaje permitirán definir mejor las áreas de extirpación quirúrgica (valor de mediana 7 para los D y de 5 para los P).

Esta unanimidad en los D con un pronóstico (P) alineado aunque más discreto, también se revela en otros escenarios.

Así, el 96% expresó su D de que las innovaciones en quimioterapia preoperatoria y adyuvante permitirán la realización de operaciones quirúrgicas más delimitadas a la zona tumoral y con mayores márgenes de preservación de tejido sano (ver Figura 73), un 98% expresan su deseo de que las estrategias quirúrgicas serán menos invasivas (ver Figura 74), un 96% se manifestaron en favor de que la atención quirúrgica en oncología siguiera protocolos específicos basados en checklists y que los resultados obtenidos fueran medidos en términos indicadores de calidad (ver Figura 75), y el 95% desea la consolidación de la simulación quirúrgica en la formación de los residentes en cirugía (ver Figura 76).

Todas estas aspiraciones se articulan con pronósticos con unos valores sistemáticamente favorables, aunque prudentes, a la predicción propuesta en el cuestionario, con medianas situadas en 5.

Relacionada con esta última cuestión, la Figura 77 presenta una coincidencia entre deseo y pronóstico en que la habilidad del cirujano permanecerá, en el horizonte temporal de esta consulta, como la aportación terapéutica de influencia, más destacada en el tratamiento de los tumores.

El panel también se posiciona ante posibles cambios en la evolución de la práctica quirúrgica en la atención oncológica.

De ese modo, en la Figura 78 se observa una distribución dispersa de deseos y pronósticos en relación a que la cirugía evolucione hacia el predominio de una estrategia paliativa o de mantenimiento de la función de los órganos interesados en los procesos expansivos oncológicos. Mientras algo más de la mitad de los panelistas desean que así sea, el pronóstico se encuentra dividido aproximadamente en un tercio correspondiente a los que coinciden en su pronóstico con el deseo, un tercio sin posicionamiento significativo y un tercio con pronóstico contrario.

La Figura 79 permite apreciar una notable concordancia de deseos y pronósticos en la adopción de técnicas quirúrgicas que permitan la extirpación de la masa tumoral por orificios naturales (valores de mediana 6 de D y 5 de P) y en la Figura 80 se advierte un pronóstico dubitativo, frente a un claro deseo de adopción de sistemas robotizados tipo Da Vinci (valores de mediana 6 de D y 4 de P).

Figura n° 72. En el curso de los próximos 5 años los estudios preoperatorios y de estadaje permitirán definir mejor las zonas de extirpación quirúrgica

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 5 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

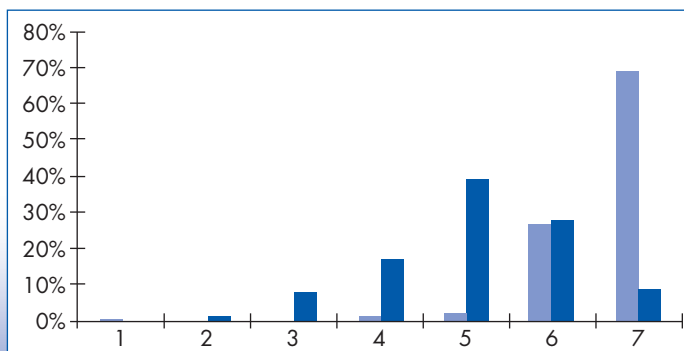


Figura n° 73. Las innovaciones en quimioterapia preoperatoria y adyuvante permitirán realizar operaciones quirúrgicas más delimitadas a la zona con mayores márgenes de preservación de tejido sano

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

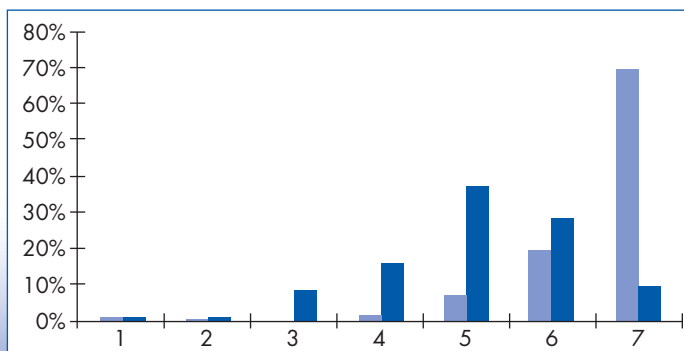


Figura n° 74. Se promoverán estrategias quirúrgicas menos invasivas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 5 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

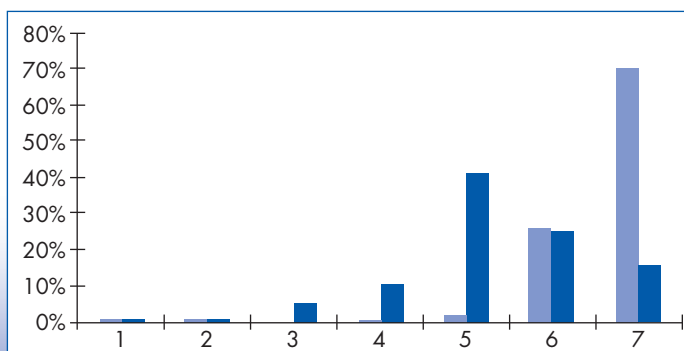


Figura n° 75. La patología quirúrgica oncológica seguirá protocolos específicos basados en "checklists" y los resultados de la misma serán medidos según indicadores de calidad

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

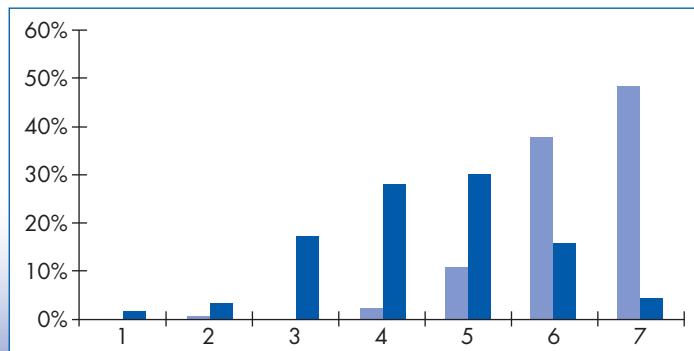


Figura n° 76. Las simulaciones quirúrgicas formarán parte de los estándares de formación de los cirujanos residentes

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

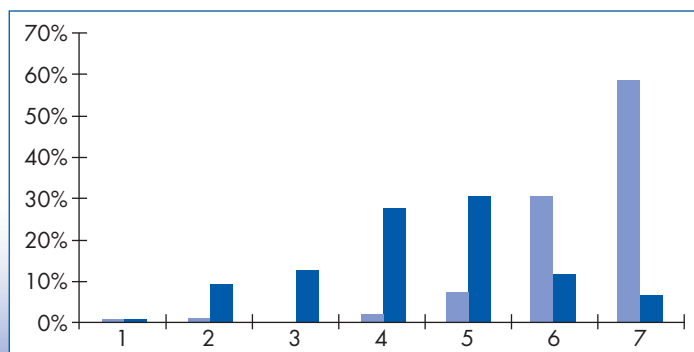


Figura n° 77. La habilidad del cirujano seguirá prevaleciendo como estrategia terapéutica que más influirá positivamente en los resultados clínicos obtenidos en el tratamiento de tumores e indicación quirúrgica

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 4 |
| Mediana | 5 | 5 |
| Percentil 75 | 6 | 6 |

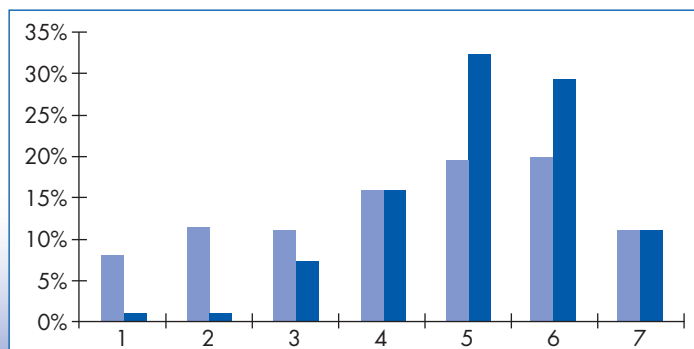


Figura nº 78. La cirugía será cada vez más una estrategia de abordaje paliativo de las consecuencias de los procesos expansivos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 3 |
| Mediana | 5 | 4 |
| Percentil 75 | 6 | 5 |

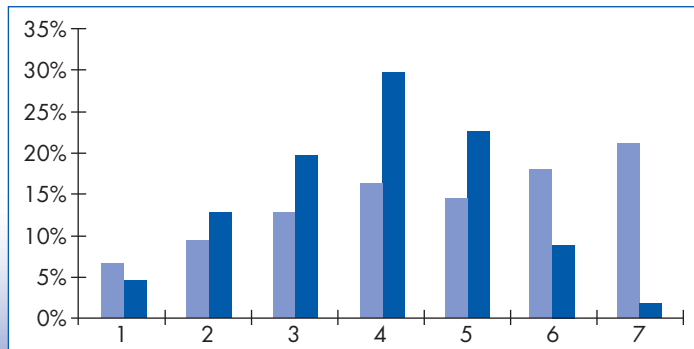


Figura nº 79. Se promoverán estrategias quirúrgicas basadas en la extirpación de masa tumoral por orificios naturales

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

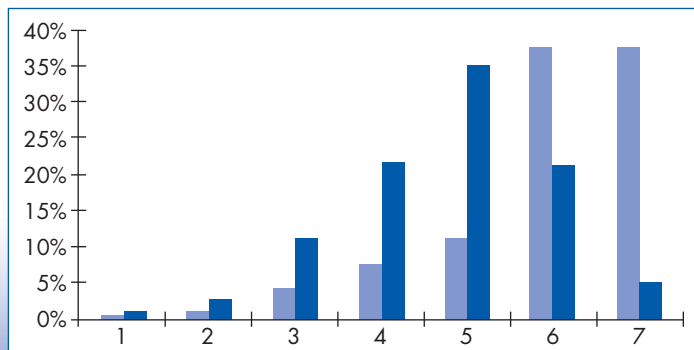
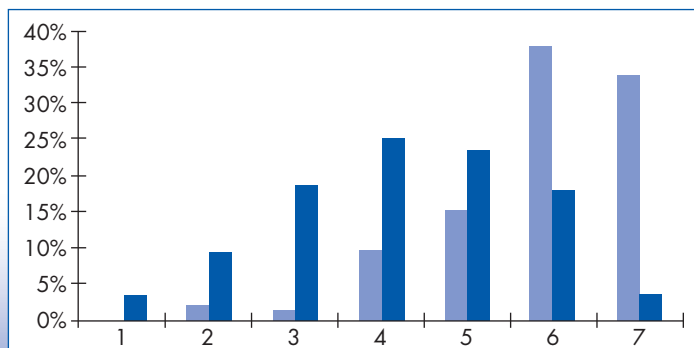


Figura nº 80. La adopción de sistemas robotizados, tipo Da Vinci, tendrán grandes aplicaciones en cirugía oncológica

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |



5.5. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Actualmente el diagnóstico y el tratamiento del cáncer comportan la participación de diversas especialidades médicas y paramédicas cuya necesidad de coordinación aumenta en la medida en que progresan el conocimiento de la enfermedad, el aporte innovador de la investigación, el desarrollo tecnológico y la exigencia de comunicación y humanización asistencial.

La acelerada innovación diagnóstica y terapéutica de base científica junto a la elevada complejidad clínica e interdependencia entre especialidades convierten la organización asistencial en un factor clave para el progreso de la oncología.

En este apartado se ofrecen las predicciones del panel sobre algunos aspectos críticos de la propuesta de reforma organizativa de la atención oncológica contemplada en la Estrategia Nacional del Cáncer incluida en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social y avalada por el Consejo Interterritorial del SNS.

Estos aspectos incluyen la adopción de un circuito asistencial integrado y de carácter multidisciplinario y la evaluación de su impacto, la evaluación comparada de modelos alternativos, la trayectoria probable de las ofertas de recursos humanos y el avance de la implicación del paciente en los procesos de toma de decisiones clínicas.

5.5.1. Atención integrada y multidisciplinar

El modelo integrado y multidisciplinar emergente, en contraste con la atomización y discontinuidad asistencial de los servicios tradicionales, se asocia a la evolución de los comités de tumores como respuesta inclusiva interprofesional a la complejidad en el manejo de los pacientes oncológicos y la continua aparición de innovaciones incrementales y radicales.

Han sido jalones fundamentales en el proceso de emergencia del modelo integrado y pluridisciplinar, la creación de la especialidad de la oncología médica, transformación de los comités de tumores, la creación de unidades pluridisciplinares con especialización por patologías y la concentración en grandes centros de tercer nivel de importantes flujos de pacientes.

En general la tendencia observada en la implantación del modelo integrado comprende una etapa inicial de formalización de la coordinación ejecutiva de servicios y profesionales –cirujanos, radiólogos, oncólogos, anatomopatólogos, oncopsicólogos y personal de apoyo al paciente– en redes. Y contempla una etapa de avance con la integración sectorial y de niveles asistenciales singularmente de la Atención Primaria.

El panel rechaza el pronóstico de que la implantación del modelo de asistencia oncológica integrada no sea prioritario y sitúa, de manera cauta, entre 5 y 10 años su priorización explícita en el conjunto del SNS.

En la Figura 81 se indica cómo el 65% de los panelistas desean que la adopción de una atención integrada y multidisciplinar como modelo asistencial sea una realidad en el transcurso de los próximos diez años y el 89% desean –oponiéndose a lo contrario– que este cambio organizativo sea prioritario en la política sanitaria del SNS en los próximos cinco años.

Los panelistas creen, con altos niveles de coincidencia, que la contribución del modelo integrado y multidisciplinar emergente promoverá las siguientes mejoras (ver Figura 82): mayor coordinación entre centros asistenciales, consolidación de los centros de referencia, disminución de la variabilidad clínica, reducción de demoras diagnóstico-terapéuticas, mejora del acceso a ensayos clínicos de fase II y III y mejora de la adherencia a protocolos y guías de práctica clínica. Los pronósticos que ofrecen menor dispersión son: la mejora de las tasas de supervivencia, la mejora de la longitudinalidad, y continuidad asistencial, la cohesión en los criterios asistenciales y el aumento en la calidad de vida en la experiencia asistencial del paciente.

Ante la predicción que se les sugiere, los consultados convienen en las Figuras 83, 84, y 85, de manera inequívoca en que no desean la coexistencia del modelo tradicional – de liderazgo jerárquico - y el modelo de asistencia oncológica integrado. Y advierten, además, que el sistema aún predominante de los servicios hospitalarios con escasa comunicación y gestión clínica unilateral puede constituir un obstáculo para la implantación del modelo emergente, especialmente en ausencia de decisión política e incentivos correctamente alineados.

Mientras el 70% de los panelistas no desean que el sistema tradicional sea un obstáculo para la implantación del modelo integrado (valor 2 de mediana de D), el 65% pronostica de manera prudente que esa amenaza podría cumplirse (valor 5 de mediana de P). La ausencia de voluntad política e incentivos adecuados para fomentar el cambio de modelo podría ser uno de los factores que obstaculizara la implantación del mismo.

Esta visión se complementa con la contraposición entre el 61% que no desea que ambos sistemas coexistan (valor 2 de mediana de D), y el 60% que no lo descarta en su pronóstico (valor 5 de mediana de P).

Finalmente, en la Figura 86 se indican los factores que se consideran de elevado impacto y coadyuvantes en la implantación del modelo integrado y pluridisciplinar (puntuaciones 6 o 7 de la escala).

Estos factores presentan la siguiente prelación: el 67% de los consultados concede un alto impacto a la legitimación del liderazgo clínico basado en conocimientos, experiencias y competencias, el 59% considera de alto impacto la aparición de la figura del gestor de casos individual a lo largo del recorrido asistencial de los pacientes, destacando que sólo el 35% valoran de alto impacto la consagración de un oncólogo tutor como referente principal del paciente y un 69% sitúa como factor de alto impacto el reconocimiento explícito de la dedicación asistencial del equipo multidisciplinar.

Los panelistas expresaron también sus D y P acerca de que especialista asumirá la decisión de iniciar el tratamiento oncológico. De manera significativa, por lo que se refiere a la preferencia de las decisiones colegiadas sobre las individuales, el panel manifiesta su aspiración de que la responsabilidad sobre el inicio de un tratamiento corra a cargo, en primera instancia, de una unidad oncológica integrada y multidisciplinar o un comité de tumores con preferencia a un servicio de oncología el cual, a su vez, es preferido a un oncólogo individual y a un médico de otra especialidad.

Las Figuras de la 87 a la 91 permiten contemplar los posicionamientos de los panelistas al respecto. Así, el 96% desean que el tratamiento se inicie en una unidad oncológica multidisciplinar (valor 7 de mediana de D y valor 5 de mediana de P), el 56% prefieren un comité de tumores (valor 6 de mediana de D versus valor 5 de mediana de P), el 42% un servicio de oncología (valor 4 de mediana de D versus valor 5 de mediana de P). Solamente un 23% manifiesta con claridad el deseo que sea un oncólogo (valor 3 de mediana de D versus valor 4 de mediana de P) y un 12% expresa el D de que sea un facultativo debidamente cualificado y registrado procedente de otra especialidad distinta de la oncología médica (valor 2 de mediana de D versus valor 3 de mediana de P).

Figura n° 81. El modelo asistencial integral y multidisciplinar propuesto constituirá una prioridad explícita de la política sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Entre 5 y 10 años
 En más de 10 años
 No constituirá una prioridad de la política sanitaria del SNS

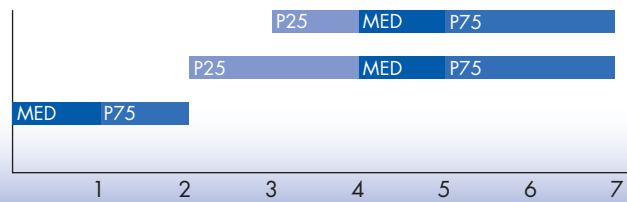


Figura n° 82. La consolidación organizativa del modelo integrado y pluridisciplinar ha de permitir

Mayor coordinación entre centros asistenciales
 Mejores tasas de supervivencia
 Mejora de la calidad de vida
 Promover los centros de referencia
 Mejora en la longitudinalidad y continuidad asistencial
 Disminución de la variabilidad clínica
 Unificación de criterios asistenciales por patología/tumor
 Reducción demoras a lo largo del trayecto asistencial
 Mejora del acceso a ensayos clínicos de fase II y III
 Mejora de la adherencia a protocolos y oncoguías

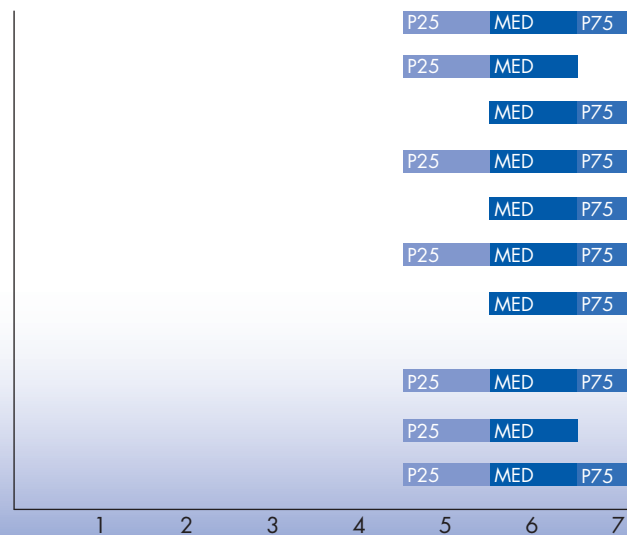


Figura n° 83. El sistema centrado en los servicios tradicionales puede constituir un obstáculo organizativo para la implantación del modelo integrado y multidisciplinar

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 5 | 6 |

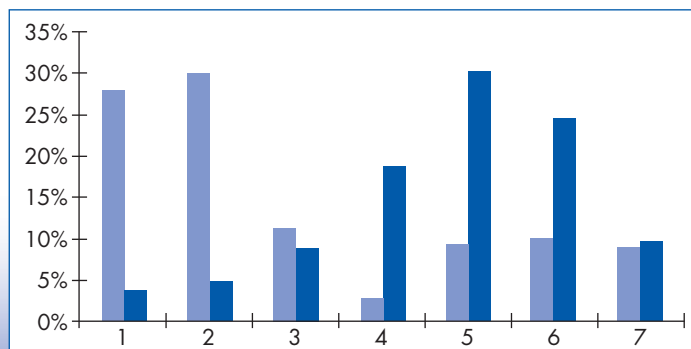


Figura n° 84. La ausencia de incentivos organizativos adecuados, mantendrá la práctica de la gestión unilateral individualizada de los procesos oncológicos en detrimento de la atención integrada y multidisciplinaria

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 3 | 6 |

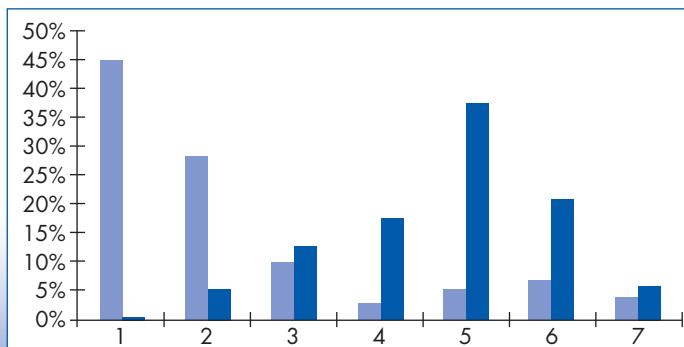


Figura n° 85. Ambos sistemas coexistirán

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 4 | 6 |

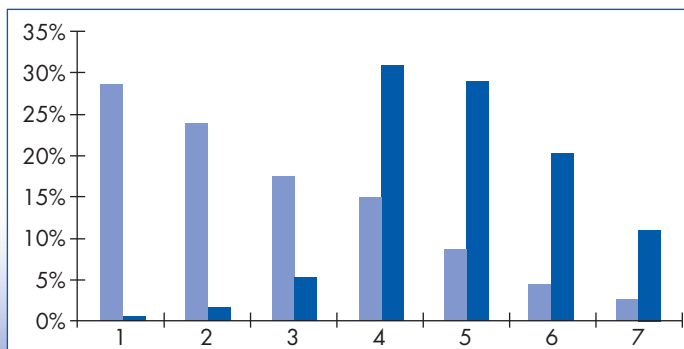


Figura n° 86. Si cree usted que en el próximo futuro se implantará en el SNS el modelo organizativo integrado y multidisciplinario, indique la fuerza que usted otorgue al impacto de cada uno de los siguiente factores en su implantación. Puntúe entre 1 y 7, siendo 1-3 bajo impacto y 6-7 alto impacto. Si no lo cree, omita contestar esta batería de preguntas

Legitimación de liderazgo clínico por conocimiento, experiencia y competencias y no por ubicación jerárquica en la jefatura de servicio

Aparición de la figura del gestor de casos individual a lo largo del recorrido asistencial

Existencia de un oncólogo tutor como único referente del paciente

Reconocimiento explícito de la dedicación asistencial de los miembros del equipo multidisciplinario

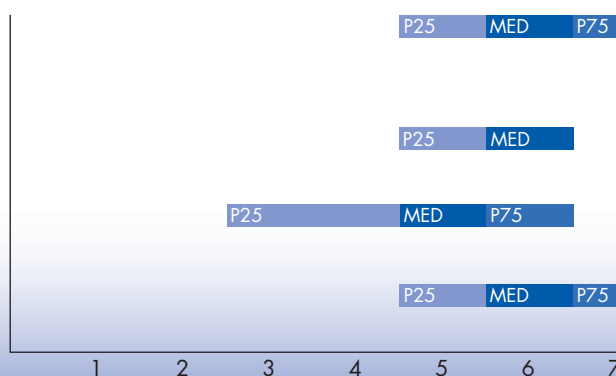


Figura nº 87. Una unidad oncológica multidisciplinar

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

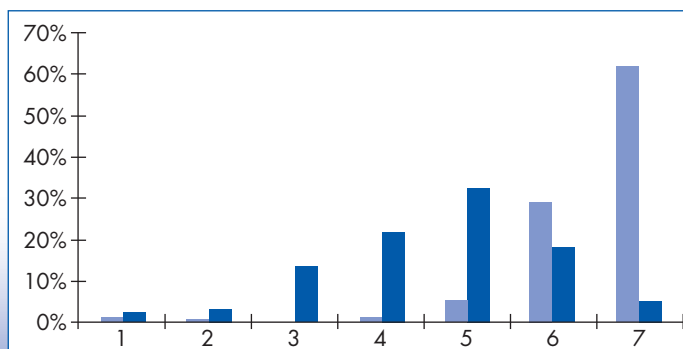


Figura nº 88. Un comité de tumores

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

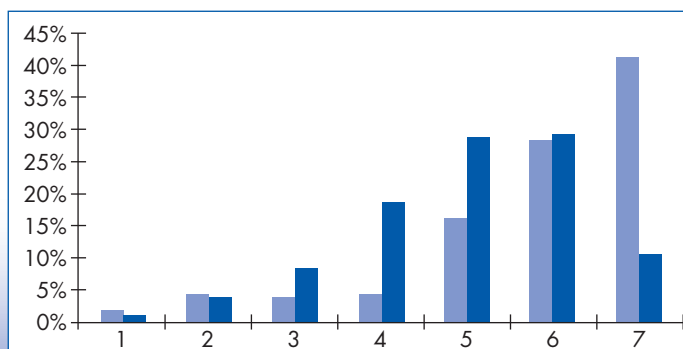


Figura nº 89. Un servicio de oncología

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 4 |
| Mediana | 4 | 5 |
| Percentil 75 | 6 | 6 |

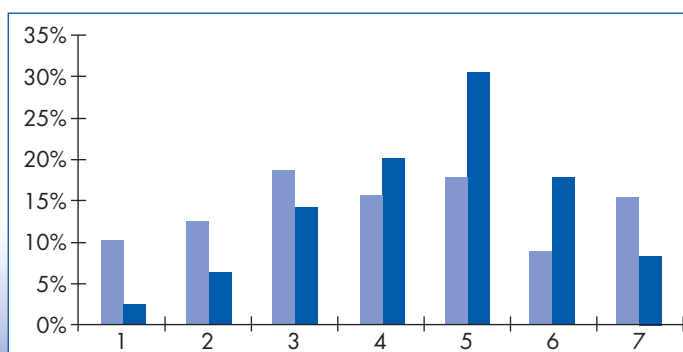


Figura n° 90. Un oncólogo

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 2 | 3 |
| Mediana | 3 | 4 |
| Percentil 75 | 5 | 5 |

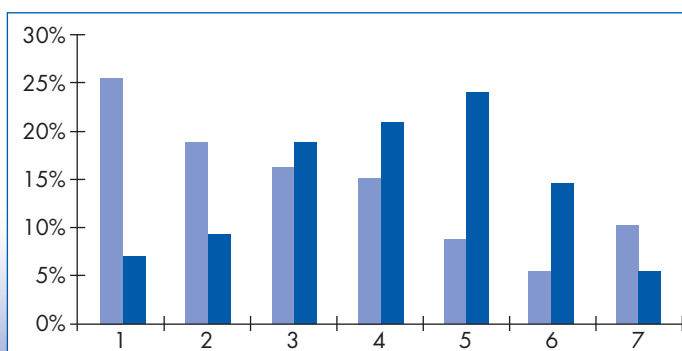
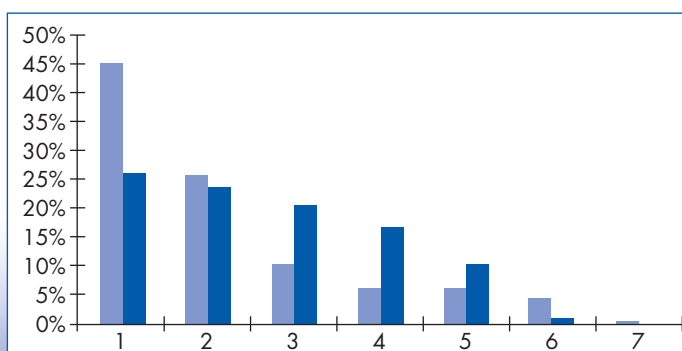


Figura n° 91. Un médico de otra especialidad debidamente cualificado y registrado

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 1 |
| Mediana | 2 | 3 |
| Percentil 75 | 3 | 4 |



5.5.2. Predicciones sobre la innovación terapéutica

La actualidad de los tratamientos oncológicos y su proyección a medio plazo plantea entre otros retos la adopción de los nuevos tratamientos basados en dianas moleculares específicas y administrados de forma oral.

Las Figuras de la 92 a la 96 describen en términos del binomio deseo-pronóstico el posicionamiento predictivo del panel ante una selección de opciones no excluyentes para la mejora del tratamiento quimioterápico citotóxico con contribución efectiva en la dimensión de la ventana terapéutica, su tolerabilidad y su toxicidad.

Excepto la información procedente del registro y análisis de los episodios significativos de toxicidad, en cuya predicción se alinean, con distinta intensidad, el deseo, D, y el pronóstico, P, de los panelistas (mediana del deseo = 7 y mediana del pronóstico = 5), las demás oportunidades de mejora comparten un llamativo contraste entre un elevado consenso colectivo de deseo (con medianas entre 6 y 7) asociado a un pronóstico poco definido (compartiendo todos ellos una mediana = 4).

Por orden decreciente de la valoración del pronóstico, P, otorgado por los panelistas, estas oportunidades de mejora son: el 55% se pronuncian por el análisis de episodios significativos de toxicidad individual; el 42% apunta hacia los informes de la experiencias terapéuticas de los propios pacientes, el 41% pronostica la utilización de la información procedente de los sistemas de farmacovigilancia y un idéntico 41% pronostica la demarcación selectiva de la masa tumoral. El registro y análisis de los fallecimientos

ocurridos el los treinta días posteriores al inicio de la quimioterapia recibe la proporción más baja de adhesiones al pronóstico de ocurrencia, un 39%.

La entidad de estas oportunidades y el contraste entre el firme deseo de que se lleven a cabo, por una parte, y el escepticismo del pronóstico, por otra, sugieren la pertinencia de una profundización más detallada en las razones subyacentes en esta expresión colectiva de incertidumbre ante la adopción de las medidas de mejora sugeridas por la consulta.

Figura n° 92. El conocimiento de la experiencia asistencial y los resultados presentados ("patient reported outcomes") por los pacientes será un referente esencial para la adopción de nuevas estrategias terapéuticas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

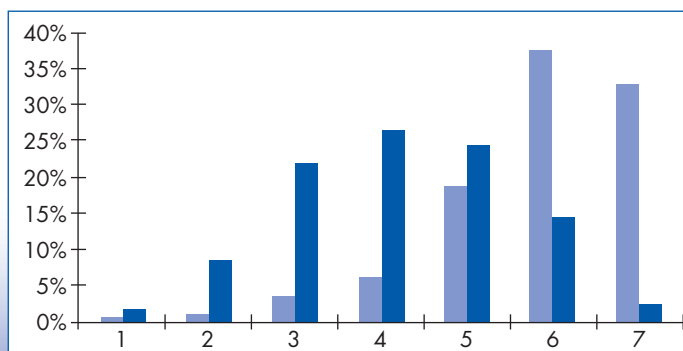


Figura n° 93. Los sistemas de farmacovigilancia o farmacoepidemiología ofrecerán información para la toma de decisiones clínicas apropiadas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

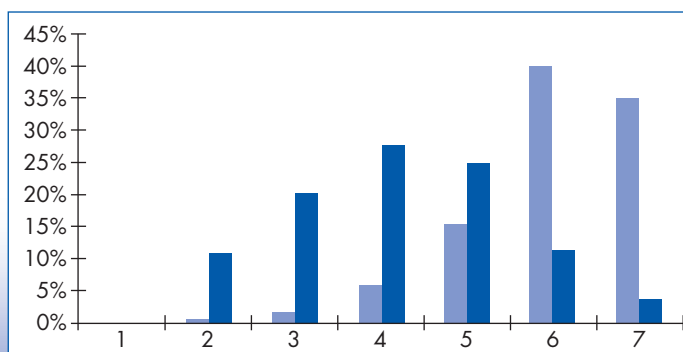


Figura n° 94. Se registrarán y analizarán los episodios significativos (case events) de toxicidad experimentados por los pacientes

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

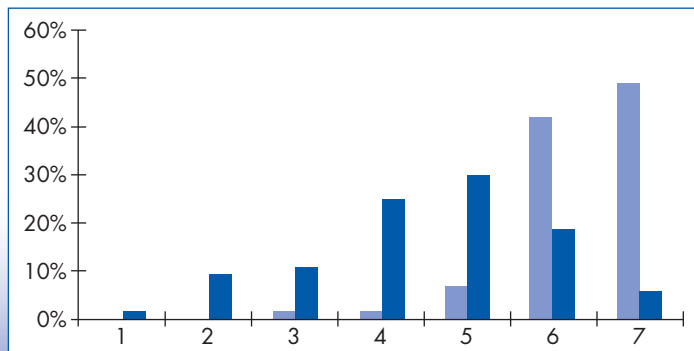


Figura n° 95. Se posibilitará la demarcación selectiva de la masa tumoral respecto a los tejidos sanos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

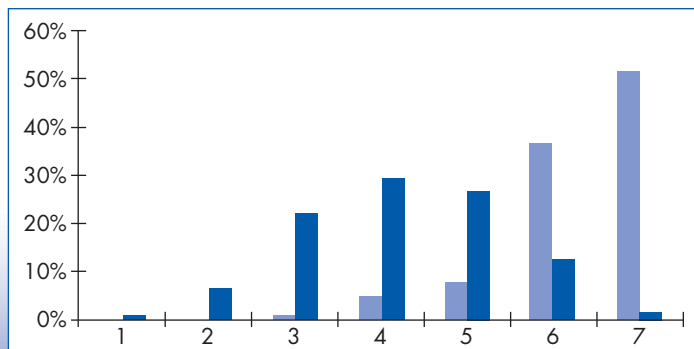
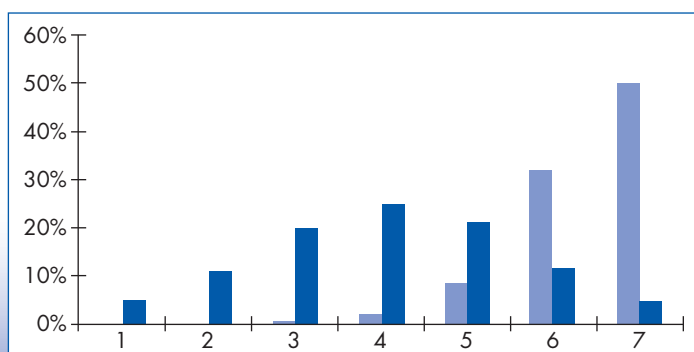


Figura n° 96. Se registrarán y analizarán los fallecimientos ocurridos en los 30 días posteriores al inicio de la quimioterapia

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |



5.5.3. Evaluación comparada de la atención oncológica y benchmarking

El debate acerca de las ventajas asociadas a distintos modelos de atención oncológica adolece de suficientes datos obtenidos mediante procesos homologables y sistemáticos de evaluación.

La captura de datos para obtener información consistente sobre la aportación de cada eslabón de la cadena de valor del proceso asistencial en cada modelo alternativo es imprescindible para legitimar una opción organizativa sobre las demás. No es debatible que la evaluación rigurosa y el benchmarking constituyen procedimientos imprescindibles de conocimiento para la mejora y generalización de la implantación de las innovaciones organizativas en las mejores condiciones.

Aunque la consulta registra, de manera incuestionable una coincidencia consistente en lo indeseable de la actividad asistencial oncológica sin evaluación y lo deseable de que se adopte la cultura evaluativa, el pronóstico de que eso vaya a ocurrir es llamativamente escéptico.

Esta postura se asocia con el pronóstico negativo de más de la mitad de los panelistas, frente a algo más de una cuarta parte, que rechazan o expresan dudas de que los resultados de las evaluaciones de resultados y de calidad asistencial vayan a hacerse públicos para hacer posible la elección informada del paciente.

En la Figura 97 se describen deseos y pronósticos prospectivos sobre la adopción de la cultura de la evaluación y la medida de los resultados clínicos obtenidos en el proceso asistencial de atención al paciente oncológico. En la misma contrasta la expresión unánime de D manifestada por un 99% de los panelistas a favor de que se adopte la cultura evaluadora con el hecho de que sólo un 42% lo pronostican (valores de mediana 7 de D y 4 de P). Esta manifestación unánime en el D concuerda con que el 87% de los panelistas que no desean que se trabaje sin una evaluación explícita de la actividad y los resultados clínicos obtenidos (ver Figura 98). Sin embargo, el P de que se mantenga una práctica de la atención oncológica sin evaluación aparece centralizado en torno a un pronóstico de incertidumbre (mediana = 4).

Una situación similar emerge en relación a la incorporación, en la metodología de evaluación, de dimensiones que tengan en cuenta la experiencia de los pacientes con su proceso asistencial. Así, en la Figura 99 se comprueba como un 93% expresó el D de que esta experiencia se incorporará, aunque sólo el 29% lo pronostica y una tercera parte no toma partido (valores de mediana 7 de D y 4 de P).

Las Figuras 100 y 101 recogen los pronósticos de los panelistas ante eventuales instrumentos y procedimientos para la implantación de una cultura evaluadora en la organización y práctica oncológica.

La Figura 100 refleja una postura dividida y opuesta entre el 45% de partidarios y el 44% de detractores de que la evaluación se llevará a cabo por organizaciones independientes. Solamente el 27% pronostica la implicación del movimiento asociativo de pacientes en el diseño de las evaluaciones, en contraste con el 80% y el 68%, respectivamente, que pronostican la participación de asociaciones de profesionales y de los financiadores.

Finalmente se pronostica una remota probabilidad de que se pongan al alcance del público los resultados de hipotéticas evaluaciones comparativas.

Merece la pena dilucidar con detenimiento el contraste entre el escepticismo en la implantación de procedimientos estables de evaluación y los pronósticos de más de la mitad de los consultados favorables a la adopción de las recomendaciones de la Estrategia Nacional del Cáncer de implantar procedimientos de información compartida entre las CCAA, las formuladas por la Comisión Europea sobre la implantación de un sistema de benchmarking supranacional, y la exigencia de publicación de los resultados clínicos obtenidos en la práctica oncológica para optar a la acreditación de los centros de referencia.

Figura n° 97. Se adoptará la cultura de la evaluación en el manejo del paciente oncológico y en la medida de los resultados clínicos del proceso asistencial

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

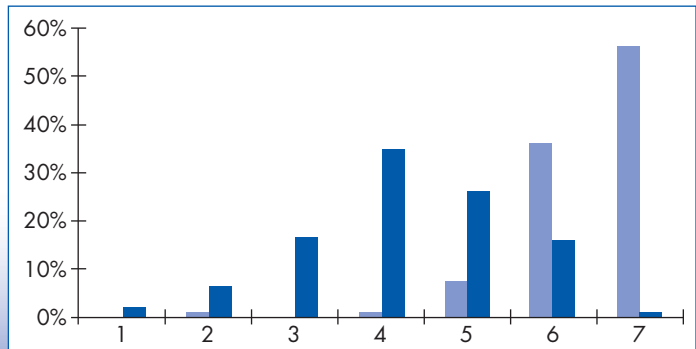


Figura n° 98. Se trabajará sin una evaluación explícita de la actividad y de los resultados clínicos obtenidos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 3 |
| Mediana | 1 | 4 |
| Percentil 75 | 2 | 5 |

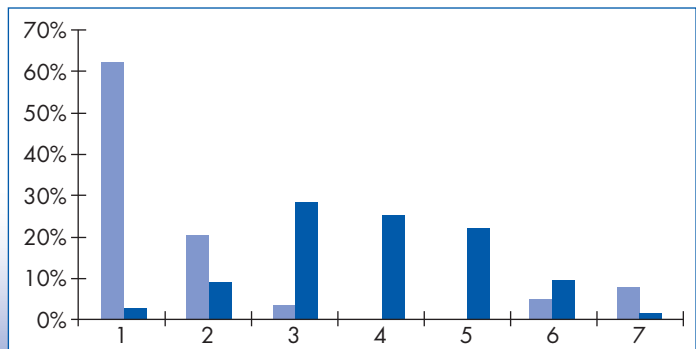


Figura n° 99. Se incluirán en la metodología evaluadora dimensiones que permitan medir la experiencia asistencial de los pacientes

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

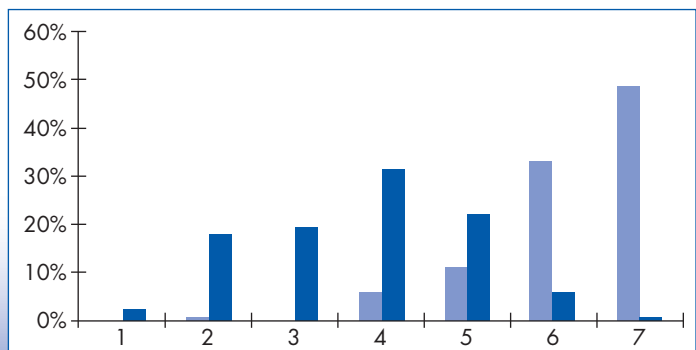


Figura nº 100. En el horizonte de 5 años de esta consulta, diría usted que (puntuando su predicción entre 1 = no pasará y 7 = pasará)

Su valoración se realizará por organizaciones externas de acreditada independencia

Participará en su diseño el movimiento asociativo de pacientes

Participarán en su diseño las organizaciones de las profesiones oncológicas

Participarán en su diseño los organismos financiadores

Los resultados de las evaluaciones se harán públicos sin restricciones de acceso para los ciudadanos

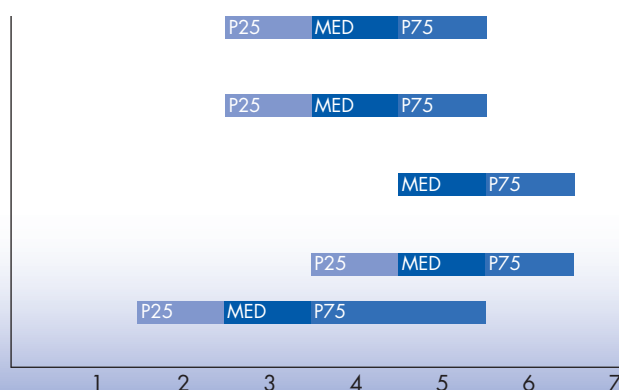
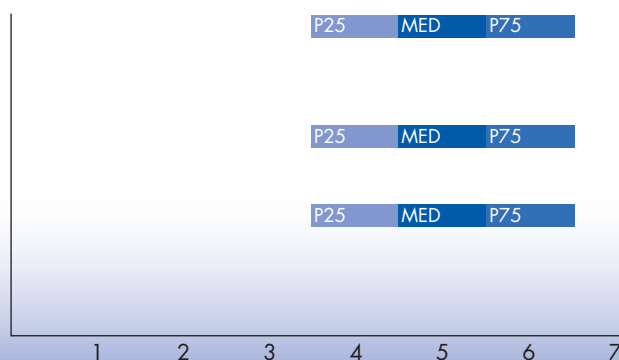


Figura nº 101. Diría usted (puntuando entre 1-3, no muy convencido, 4-6, con dudas y 7, totalmente convencido) que en el horizonte de 5 años...

Se adoptarán las recomendaciones de la estrategia nacional por parte de las CC.AA de compartir la información

La acreditación de centros de referencia exigirá la publicación de los resultados clínicos obtenidos

En Europa se materializarán las recomendaciones de la Comisión de las Comunidades Europeas sobre la implantación de un sistema que permita realizar benchmarking y compartir información



5.5.4. Situación y perspectiva de la oferta de RRHH

Recientemente la Sociedad Española de Oncología Médica cifró en doscientos los oncólogos necesarios para cubrir las necesidades asociadas a la evolución de la incidencia del cáncer, la supervivencia emergente y la carga asistencial efectiva poniendo de manifiesto la importancia de disponer de proyecciones de necesidad de recursos humanos para tomar decisiones estratégicas debidamente documentadas.

La Figura 102 permite visualizar los pronósticos del panel respecto a diferentes escenarios de predicción en torno factores clave en la evolución de la demografía de los recursos humanos en la atención oncológica.

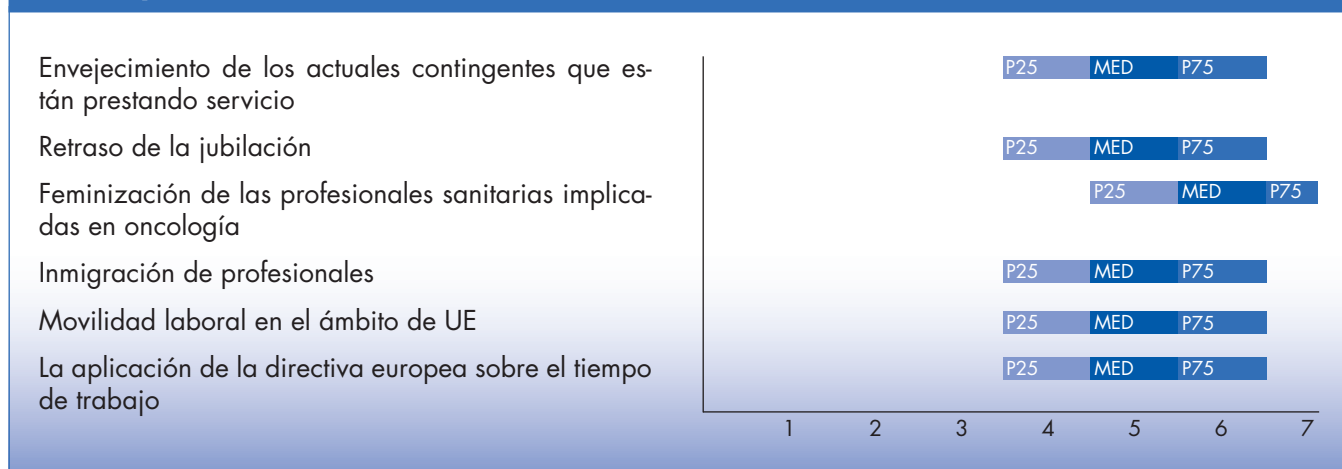
Para el panel todos los supuestos sugeridos por el cuestionario de influencia en la dinámica de la oferta de recursos humanos en oncología son plausibles y probables.

Se puede comprobar la concordancia existente en los pronósticos sobre los cinco de los escenarios planteados: el envejecimiento de los contingentes de profesionales en servicio en la actualidad, el retraso de la jubilación, la llegada de profesionales procedentes de otros países, la movilidad laboral en el entorno de la Unión Europea y la aplicación de la directiva europea sobre el tiempo de trabajo.

En todas ellas se puntuó la predicción con valor 5 de mediana como expresión de la tendencia probabilística de su impacto.

La feminización de las profesiones sanitarias fue el pronóstico que concitó la mayor coincidencia, un 85% con una mediana = 6 frente a la aplicación de la directiva de la Unión Europea sobre tiempo de trabajo y tiempo libre, con una coincidencia en el pronóstico del 52% de los panelistas.

Figura n° 102. Indique su pronóstico – puntuando de 1 (no ocurrirá en absoluto) a 7 (máxima probabilidad de ocurrencia) – sobre la influencia de los factores que se proponen a continuación sobre la evolución de la oferta de oncólogos, especialistas implicados en el manejo del cáncer y personal de enfermería, así como en la organización de las tareas profesionales



5.5.5. Implicación del paciente en los procesos de toma de decisiones.

En esta sección se plantean diferentes escenarios relacionados con los derechos de los pacientes y su implicación voluntaria e informada en las decisiones que conciernen, a su dignidad, salud e integridad.

En su mayor parte los panelistas expresaron valores extremos de mediana 7 en los deseos de ocurrencia. Así, en las Figuras de la 103 a la 108 se pone de manifiesto su unanimidad a en desear lo propuesto en el cuestionario sin pronósticos netamente adversos. Eso supone que el 99% de los consultados manifiestan que deberá darse una explicación comprensible y detallada de los objetivos del tratamiento y los posibles efectos secundarios, con el 69% que lo pronostican (ver Figura 106), el 100% desea que esa información se facilite de forma personalizada con un 70% con pronóstico concordante (ver Figura 103), el 100% quiere que esa información se facilite respetando la privacidad y la confidencialidad en línea con el 73% que coincide en el pronóstico (ver Figura 105), el 99% desea que se respeten los valores y convicciones religiosas de los pacientes en congruencia con un 72% que así pronostica (ver Figura 107), el 99% anhela que se consideren de manera personalizada los aspectos sociales y el entorno personal del paciente coincidiendo con el pronóstico del 60% (ver Figura 108) y un 100% desea que se preste atención psicosocial en los centros sanitarios con un 54% que asiente en un pronóstico notablemente templado (ver Figura 109).

La mayor concordancia entre deseos y pronósticos corresponde a los que desean que se tengan en cuenta y se respeten los testamentos vitales y los que así lo pronostican (valores de mediana 7 de D y 6 de P) (ver Figura 113).

Sin embargo otras predicciones reflejan menos coincidencia en la expresión de D y la de P.

Así, mientras el 88% de los panelistas desean que se activen teléfonos de consulta de 24 horas para urgencias específicas con acceso a la historia clínica del paciente sólo un 36% pronostican que eso sucederá (valores de mediana 7 de D y 4 de P), (ver Figura 110).

Se advierte también discrepancia al comparar el 98% que desean que los diferentes niveles asistenciales de atención al paciente oncológico estén coordinados y solamente el 43% que pronostican de manera acorde (valores de mediana 7 de D y 4 de P, Figura 111).

El 63% de los consultados que desea que las redes sociales por Internet contribuyeran a mejorar la práctica asistencial cuenta con un 41% que lo pronostica (valores de mediana 6 de D y 4 de P) (ver Figura 112).

Figura n° 103. Se facilitará información personalizada para el paciente

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

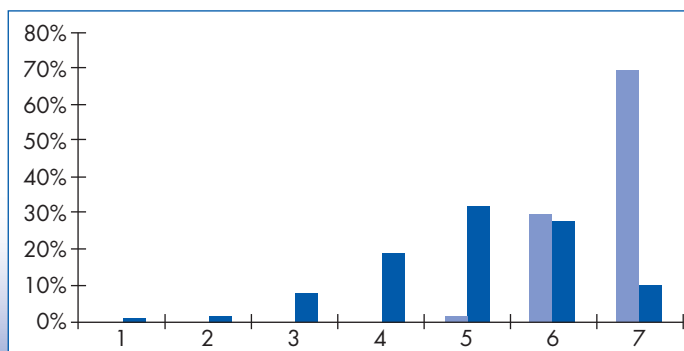


Figura n° 104. Información comprensible y adaptada sobre el diagnóstico y su posible evolución

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

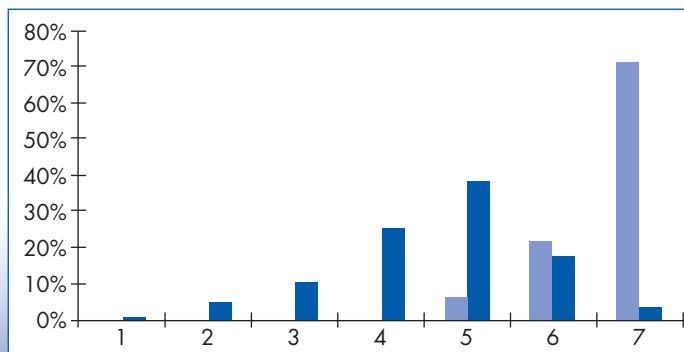


Figura n° 105. Respeto sin excepción a la privacidad y confidencialidad del paciente

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 1 |
| Mediana | 1 | 2 |
| Percentil 75 | 1 | 3 |

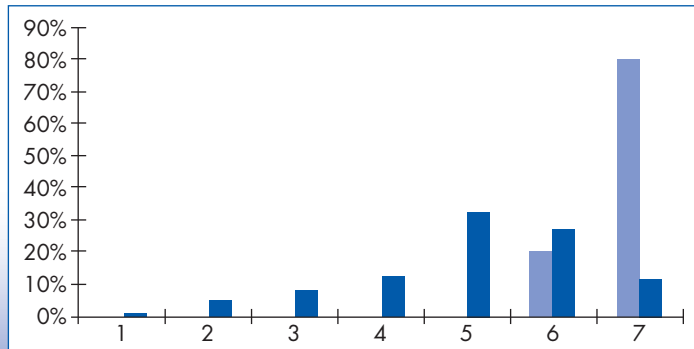


Figura n° 106. Explicación comprensible y detallada de los objetivos del tratamiento y los posibles efectos secundarios

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

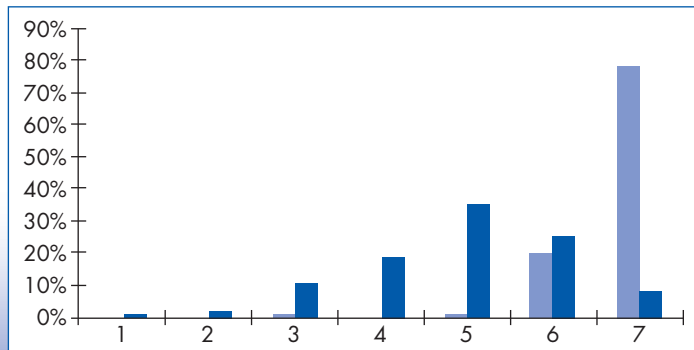


Figura n° 107. Respeto a los valores y las convicciones religiosas del paciente

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

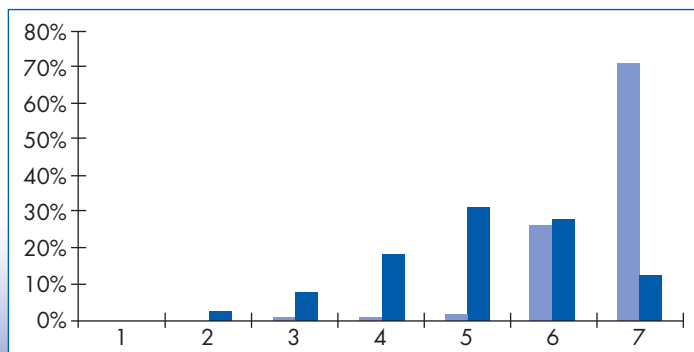


Figura n° 108. Consideración de los aspectos sociales y del entorno personal del paciente

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

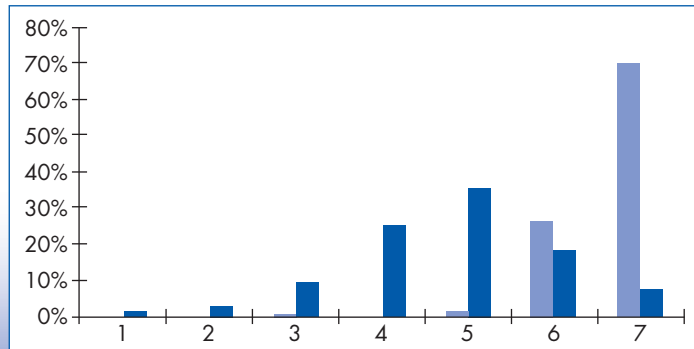


Figura n° 109. Se prestará atención psicosocial en los centros sanitarios

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

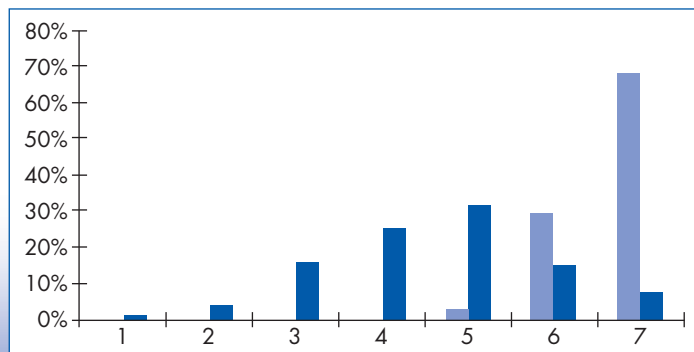


Figura n° 110. Se activarán teléfonos de consulta 24 horas de urgencias específicas con acceso a la historia clínica del paciente

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

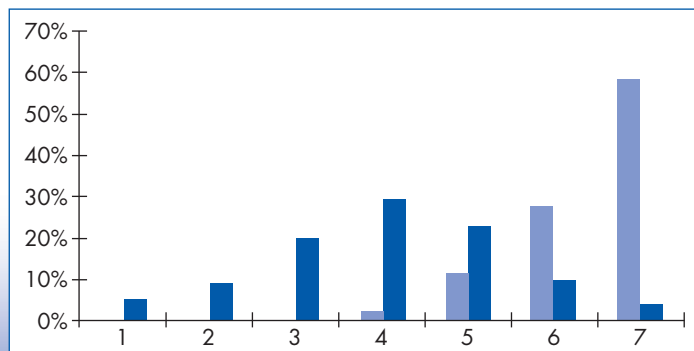


Figura n° 111. Los diferentes niveles asistenciales estarán coordinados entre sí en la atención al paciente

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

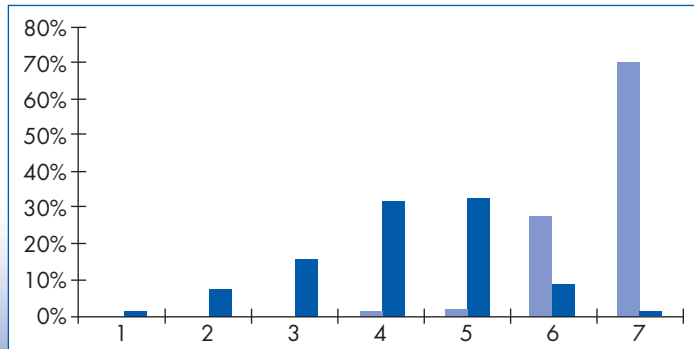


Figura n° 112. Las redes sociales por Internet contribuirán a la mejora de la práctica asistencial

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 4 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

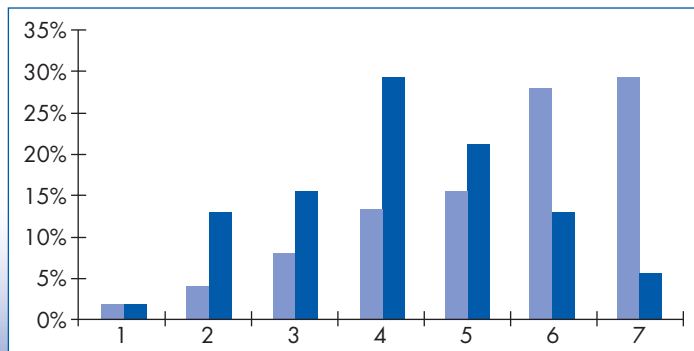
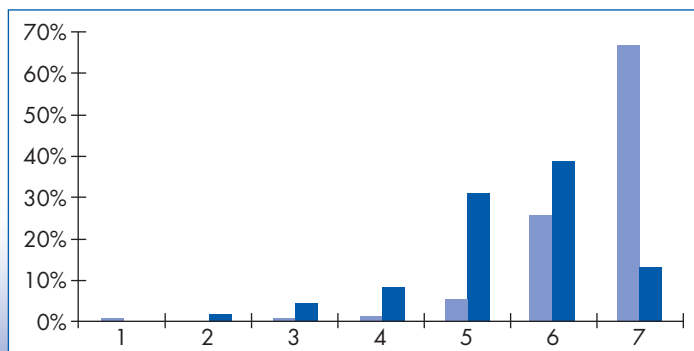


Figura n° 113. Se tendrán en cuenta y se respetarán los testamentos vitales

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 5 |
| Mediana | 7 | 6 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |



5.6. EVOLUCIÓN DEL CÁNCER EN LOS SUPERVIVIENTES DE MÁS DE 5 AÑOS

Uno de los principales retos contemporáneos de la atención oncológica es y será el cuidado de los supervivientes, definidos como personas que viven más de cinco años desde el primer diagnóstico tumoral.

La tendencia a la cronificación del cáncer ha dejado de ser un proceso poblacional emergente y las nuevas dimensiones de la prevención, diagnóstico, tratamiento de las eventuales recidivas y de la comorbilidad asociada a la supervivencia reclaman tanto un mayor conocimiento como una respuesta adecuada a las correspondientes necesidades sanitarias y psicosociales y sus correspondientes costes.

A pesar de que la visión mayoritaria de los panelistas confirma la tendencia al aumento de la cronificación de los pacientes oncológicos se desconfiaba de que en el horizonte temporal de la consulta las autoridades sanitarias establezcan planes específicos basados en escenarios plausibles de la naturaleza y dimensiones de las nuevas necesidades.

En la Figura 114 contrasta el 92% de panelistas participantes que expresaron (valor de mediana 7) su esperanza de que en el cáncer no curable se convirtiera en una enfermedad crónica, con el 42% que no comparte el pronóstico y un 30% con reservas en el horizonte de cinco años de la consulta (valor 4 de mediana).

También se constata una discrepancia (ver Figura 115) entre el 67% de panelistas que rechazan que el riesgo cardiovascular de los pacientes oncológicos será mayor que el de sus coetáneos generacionales y el 53 % que vaticinan que eso es lo que va pasar (valores de mediana 2 de D y 5 de P).

Otra discrepancia importante entre D y P aparece la Figura 116 donde la mayor parte de los panelistas –el 96%– no esperan que la toxicidad de la quimioterapia se prolongue más allá de cinco años (valor 1 de mediana de D), mientras que el 44% pronostica su ocurrencia con un 27% de panelistas indecisos (valor 4 de mediana).

Figura nº 114. La mayoría de tumores se convertirán en una enfermedad crónica

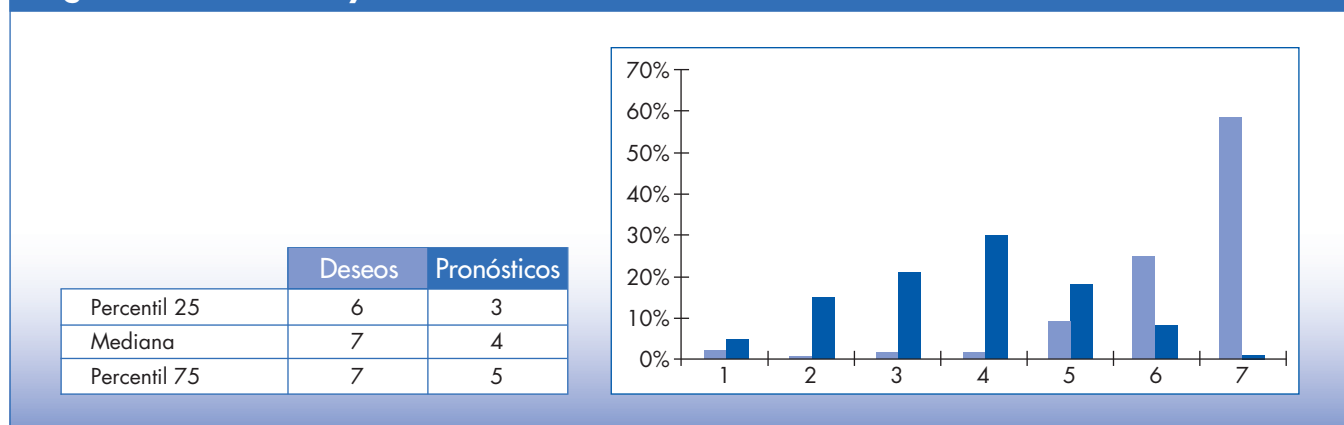


Figura n° 115. El riesgo cardiovascular de los pacientes oncológicos supervivientes crónicos es mayor que el de las personas de su misma edad que aún no han padecido un cáncer

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 4 | 6 |

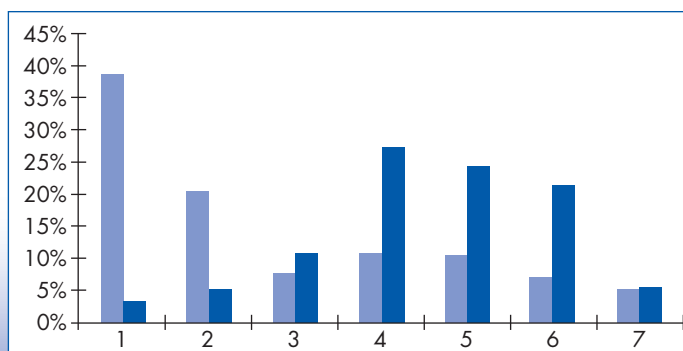
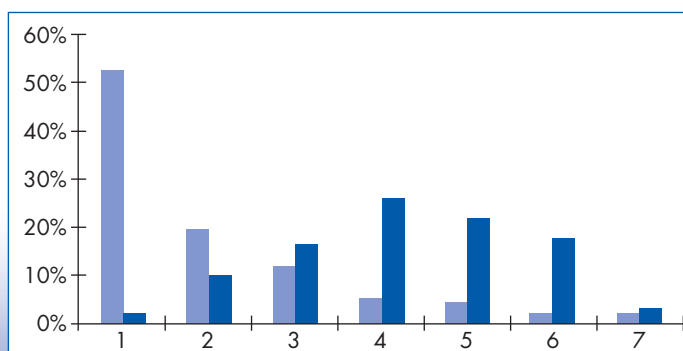


Figura n° 116. La presencia de toxicidad o de síntomas atribuibles a la quimioterapia se prolongará más allá de 5 años en la mayoría de tumores

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 3 |
| Mediana | 1 | 4 |
| Percentil 75 | 3 | 5 |



5.6.1. Organización de la atención al superviviente oncológico

Las Figuras 117 a 119 informan de la predicción acerca de que perfil profesional tomará a su cargo la responsabilidad del manejo clínico integral y el seguimiento de los supervivientes y muestran una llamativa incertidumbre que alerta acerca de una encrucijada por resolver.

Los deseos del panel de que sea un oncólogo quien asuma esa responsabilidad exhiben una formulación confusa con una distribución muy dispersa –47% a favor y 40% en contra– y solamente el 24% pronostica a su favor.

Más claro es el rechazo del 58% de los panelistas y el pronóstico negativo y con dudas –68%–, (ambos compartiendo una mediana = 3) de que vaya a ser un internista.

También con una destacada dispersión –3 puntos de distancia entre los respectivos percentiles de D y P– y pronóstico indefinido, con el 32% a favor y un 24% en la duda, el panel decanta un discreto deseo de que la responsabilidad recaiga sobre el médico de Atención Primaria.

Destaca asimismo la distancia entre lo que se desea y lo que se pronostica en el manejo del superviviente de cáncer en las Figuras 120 a 122 con importantes discrepancias entre D y P en lo que respecta a la atención psicológica, la atención social y la existencia de guías de práctica clínica para el manejo de los pacientes oncológicos.

Así, un 94% de miembros del panel desean la inclusión de la atención psicológica en la atención de las personas supervivientes en contraposición con sólo una cuarta parte que pronostica que tendrá lugar (valores de mediana 7 de D y 4 de P).

La contradicción entre D y P es más aparente en relación a la atención social, dónde el deseo –el 94% lo avalan– es prácticamente unánime y sólo un 18 % se alinea con un pronóstico positivo (valores de mediana 7 de D y 3 de P).

Una relación parecida, aunque más matizada, ocurre con respecto a la existencia de guías de práctica clínica para el cuidado de los supervivientes crónicos, con deseo unánime de los panelistas y pronóstico poco definido (con valores de mediana 7 de D y 4 de P).

La Figura 123 expresa con elocuencia serias dudas sobre la posibilidad de que las autoridades sanitarias establezcan planes específicos de atención a los supervivientes, con un porcentaje del 93% de panelistas que lo desean y sólo un 17% que lo pronostiquen (valores de mediana 6 de D y 3 de P).

Finalmente, en la Figura 124 el 92 % de los consultados desean que se investigue sobre la evolución de la enfermedad oncológica en supervivientes, en el medio y el largo plazo, mientras que sólo un 25% cree que eso va a suceder (valores de mediana 6 de D y 4 de P)

Figura n° 117. El manejo clínico integral y el seguimiento de los pacientes supervivientes crónicos será responsabilidad del un oncólogo

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 2 | 3 |
| Mediana | 4 | 4 |
| Percentil 75 | 6 | 5 |

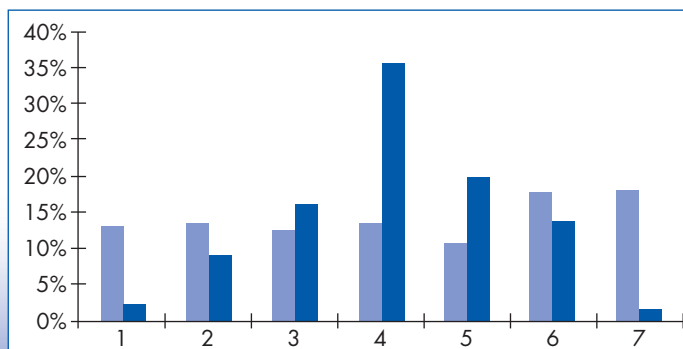


Figura n° 118. El manejo clínico integral y el seguimiento de los pacientes supervivientes crónicos será responsabilidad de un especialista en medicina interna

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 2 | 2 |
| Mediana | 3 | 3 |
| Percentil 75 | 4 | 4 |

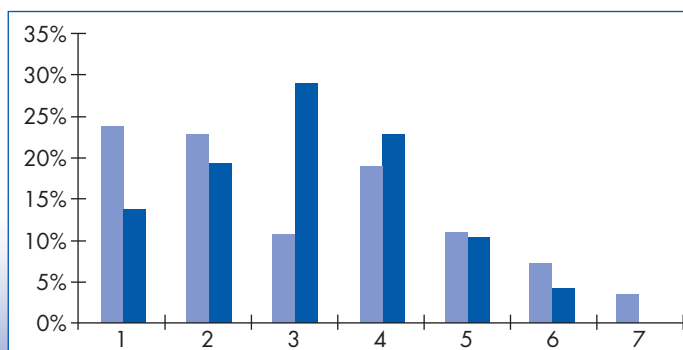


Figura n° 119. El manejo integral y el seguimiento de los pacientes supervivientes crónicos será responsabilidad de un especialista en atención primaria

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 3 | 2 |
| Mediana | 5 | 4 |
| Percentil 75 | 6 | 5 |

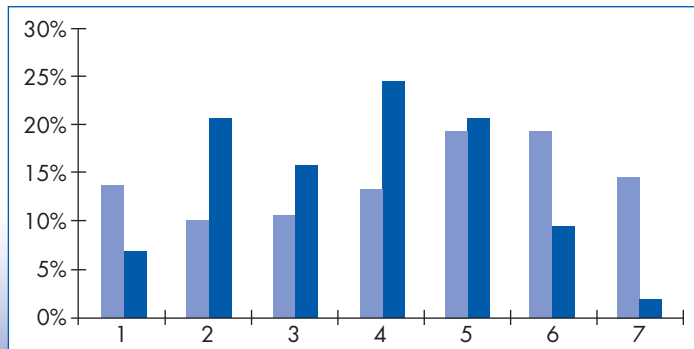


Figura n° 120. El manejo de los pacientes supervivientes incluirá la atención psicológica para reducir el estrés emocional, la ansiedad y la depresión como signos vitales

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

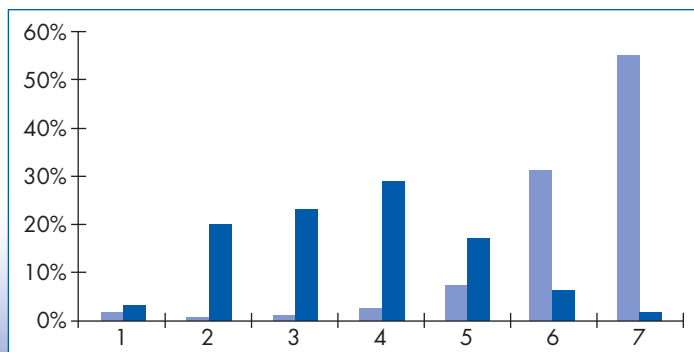


Figura n° 121. El manejo de los pacientes supervivientes incluirá la atención social

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 2 |
| Mediana | 7 | 3 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

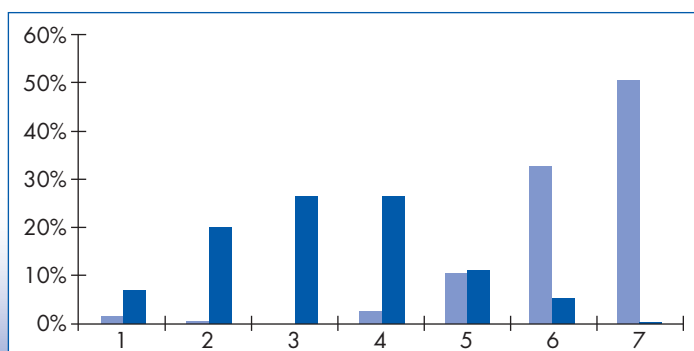


Figura n° 122. Se dispondrá de guías de práctica clínica específicas para el manejo clínico de los pacientes supervivientes crónicos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

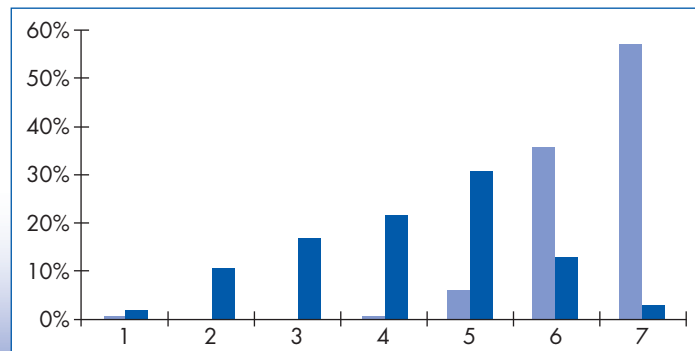


Figura n° 123. Las autoridades sanitarias diseñarán planes específicos de atención a los supervivientes

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 2 |
| Mediana | 6 | 3 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

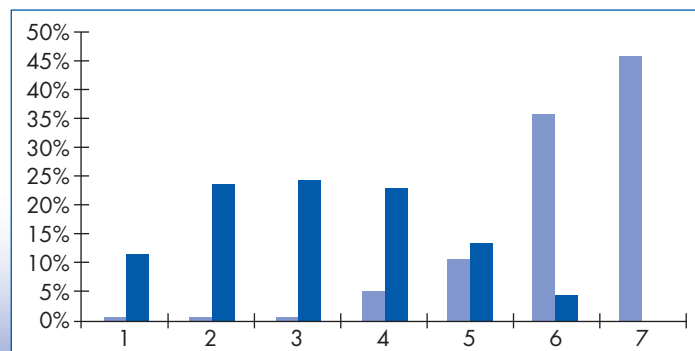
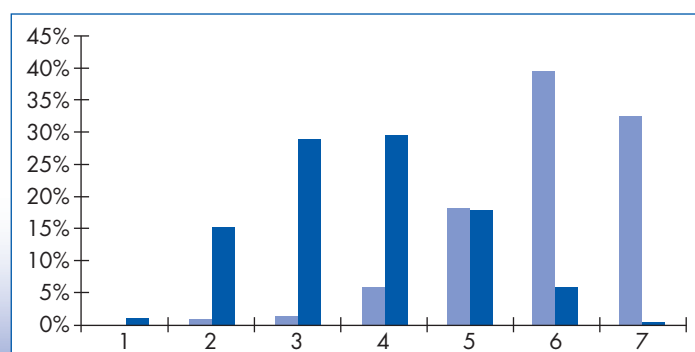


Figura n° 124. Se priorizará la investigación sobre los cambios en la presentación de tumores como efecto de la cronificación y los nuevos riesgos de recurrencia a medio y largo plazo

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |



5.7. CUIDADOS PALIATIVOS

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud establece el desarrollo de los cuidados paliativos como prioridad de la política sanitaria y propone un modelo de atención a los pacientes con enfermedad avanzada o terminal en cualquier nivel asistencial.

Los cuidados paliativos deben proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada o terminal, y a sus familiares, una atención personalizada y respetuosa con su dignidad a lo largo de todo su proceso evolutivo.

En esta sección los panelistas exponen sus predicciones acerca de aspectos organizativos, de formación y de garantía de respeto a la autonomía de los pacientes.

En lo que se refiere a las predicciones del panel en organización, llama la atención la absoluta unanimidad en las aspiraciones de todos sus miembros con un pronóstico de ocurrencia congruente aunque más moderado en relación a la mejora en la base científica y la buena práctica de la atención, así como a la observancia rigurosa del respeto a la autodeterminación del paciente.

5.7.1. Organización

El panel aspira y pronostica con cautela que las administraciones centrales y autonómicas incluirán explícitamente las prestaciones de cuidados paliativos de cobertura pública en el catálogo de prestaciones del SNS y pondrán los medios para garantizar de su disponibilidad y acceso universal.

En las Figuras 125 y 126 se describen las posiciones relativas a la provisión pública de los cuidados paliativos siguiendo criterios basados en la evidencia científica y la organización de la provisión desde una perspectiva de respeto a la dignidad y voluntades del paciente.

Existe unanimidad en el deseo y un amplio consenso en el pronóstico de los panelistas en que se proporcionará a los pacientes en necesidad de recibir cuidados paliativos una atención basada en las mejores prácticas y en los resultados obtenidos mediante evaluaciones con rigor científico (ver Figura 125).

Parecido es el posicionamiento del 99% de los consultados que desean que la prestación de los cuidados paliativos se realice de manera coordinada entre niveles asistenciales sanitarios y sociales excluyendo barreras administrativas y funcionales. En este caso el pronóstico –avalado por la mitad del panel– es asimismo congruente con los deseos aunque más prudente (ver Figura 126).

5.7.2. Formación

Igualmente deseado con intensidad aunque con escasa convicción se muestra el pronóstico de que los profesionales del sistema público reciban formación continuada para desarrollar competencias en la detección de la necesidad y la movilización de respuestas en cuidados paliativos.

Sin embargo coinciden deseos y pronósticos en la formación específica requerida por los profesionales pertenecientes a equipos de cuidados paliativos.

Así en la Figura 127 los panelistas se manifiestan unánimes al expresar el D de que en el horizonte de la consulta los profesionales del sistema sanitario tuvieran acceso y recibieran formación continuada para dar respuesta a las necesidades de cuidados paliativos, aunque sólo un 47% pronostica que eso sucederá (valores de mediana 7 de D y 4 de P).

Planteando la misma cuestión respecto a los profesionales que trabajan en los equipos específicos de cuidados paliativos, en la Figura 128 el 98% desea que estos profesionales tengan una formación específica basada en competencias en coincidencia con el pronóstico del 71% (valores de mediana 7 de D y 5 de P).

5.7.3. Autonomía del Paciente

Se registra un pronóstico de incertidumbre, en contraste con la unanimidad en el deseo del panel, en relación al derecho a solicitar y recibir la atención profesional necesaria para que los enfermos en fase avanzada e irreversible tengan un fallecimiento medicamente asistido.

La tendencia del panel a expresar unanimidad en el deseo con pronósticos más prudentes o escépticos se constata también en los escenarios que se comentan a continuación.

En la Figura 129 un 99% de los panelistas aspiran a que las prestaciones de cuidados paliativos sean de carácter universal y estén contenidas explícitamente en la cartera de servicios de la sanidad pública frente a un 65% que lo pronostica (valores de mediana 7 de D y 5 de P).

Lo anterior concuerda con el deseo del 98% de los panelistas de que los gobiernos central y de las CC.AA respeten y hagan respetar el derecho al acceso de los enfermos y su entorno familiar a equipos y prestaciones de cuidados paliativos con el 71% que pronostican su cumplimiento (valores de mediana 7 de D y 5 de P, Figura 130).

Otras dos cuestiones recogidas en esta sección reflejan contradicciones en la predicción del reconocimiento de los derechos a la autodeterminación en la elección de un fallecimiento médicamente asistido del paciente en una fase irreversible terminal de su proceso.

En la Figura 131 los panelistas sitúan en un 98% el D y en un 71% el pronóstico concordante de que se aplicaran escrupulosamente los principios de bioética y el respeto a la autonomía del paciente en concordancia con la Ley de Autonomía del Paciente y la legislación autonómica (valores de mediana 7 de D y 5 de P).

En cambio, en la Figura 132 se muestra que el deseo del 85% de los panelistas de que aquellos pacientes que se encuentren en una fase avanzada de la enfermedad con un importante sufrimiento y en situación de agonía irreversible tengan garantizado el derecho a solicitar y recibir la atención profesional a un fallecimiento médicamente asistido. El pronóstico de que eso va a suceder corresponde solamente al 32% con un 28% sin postura definida (valores de mediana 7 de D y 4 de P).

Figura nº 125. Se proporcionará a los pacientes una atención basada en las mejores prácticas y en los resultados científicos disponibles

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

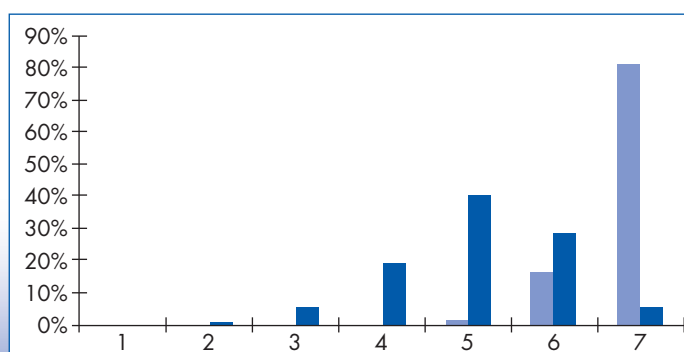


Figura n° 126. La prestación de servicios paliativos se realizará mediante la coordinación de niveles asistenciales y recursos sanitarios y sociales eliminando barreras administrativas y funcionales

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

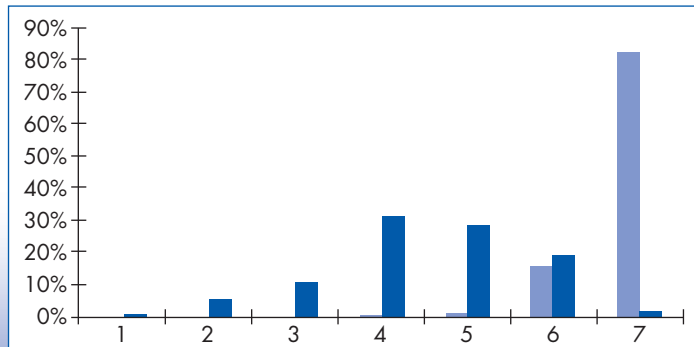


Figura n° 127. Los profesionales del sistema sanitario tendrán acceso y recibirán formación continuada para detectar, atender o dar respuesta a las necesidades de cuidados paliativos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

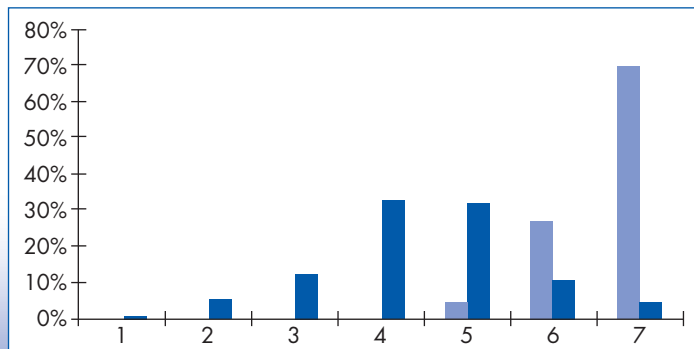


Figura n° 128. Los profesionales que pertenecen equipos específicos de cuidados paliativos deberán poseer una formación específica basada en competencias

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

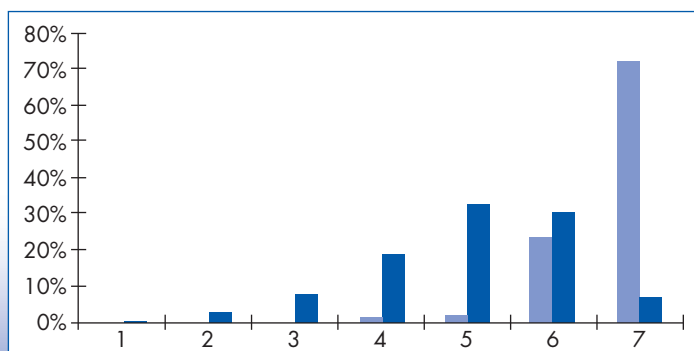


Figura nº 129. Las prestaciones de cuidados paliativos se explicitarán específicamente en el catálogo de prestaciones universales de la sanidad pública

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 5 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

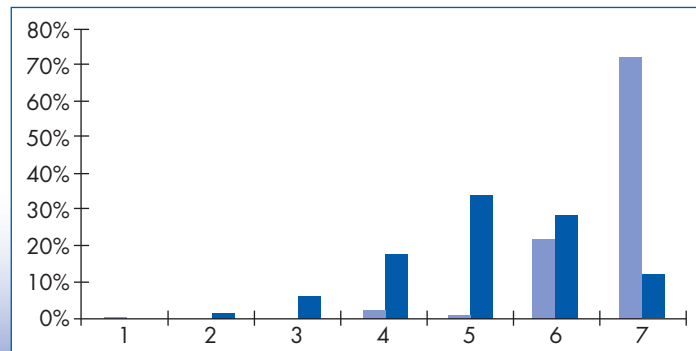


Figura nº 130. Los gobiernos central y autonómicos respetarán y harán respetar el derecho al acceso de los enfermos y su entorno familiar a equipos y prestaciones de cuidados paliativos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

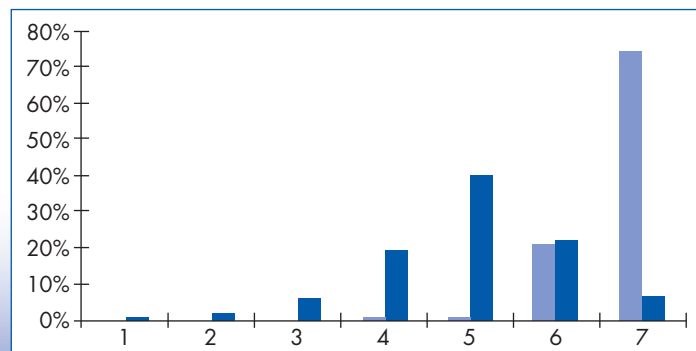


Figura nº 131. Aplicación escrupulosa de los principios bioéticos y el respeto a la autodeterminación del paciente en concordancia con la Ley de Autonomía del Paciente y la normativa específica de las CCAA

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 4 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

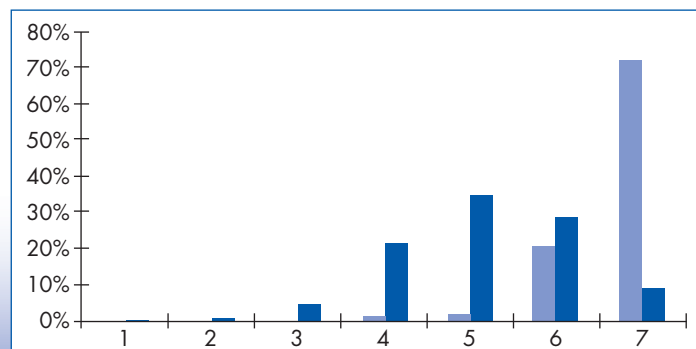
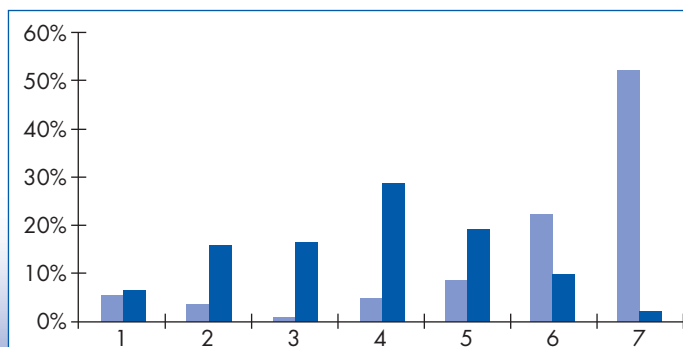


Figura n° 132. Quienes se encuentren en una fase avanzada de la enfermedad con un importante sufrimiento y deterioro irreversible de salud tendrán derecho a solicitar y recibir un fallecimiento medicamento asistido

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 7 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |



5.8. POLÍTICA ONCOLÓGICA

La financiación de la atención oncológica emerge como un creciente problema de equidad y sostenibilidad de preocupantes dimensiones a medida que la innovación científico-técnica se acelera, la complejidad organizativa y los costes aumentan, crece la incidencia del cáncer y se incrementa la supervivencia.

En este proceso aumenta la tensión entre la capacidad de financiación del gasto sanitario público y la demanda de servicios de cribado, diagnóstico, tratamiento y atención paliativa planteando dilemas difíciles de soslayar.

En esta sección se da cuenta del posicionamiento predictivo del panel en relación a las dimensiones de cobertura y desigualdades de acceso a la atención oncológica, por una parte, y a la financiación de estrategias de investigación y desarrollo (I+D) encaminadas a fomentar la efectividad de la atención oncológica, la adopción informada de avances innovadores y el acceso a la innovación efectiva de los ciudadanos enfermos sin discriminación.

5.8.1. Equidad

En la Figura 133 el 84% de los panelistas manifiestan su aspiración a que se investigue sobre las desigualdades en el acceso, tratamiento y resultados de la atención oncológica según factores potencialmente discriminativos como el lugar de residencia, la edad, la raza o la religión, frente a un reducido 15% que pronostica a favor de este deseo mayoritario, un 56% que pronostica lo contrario y un 28% sin posición definida a favor o en contra (valores de mediana 6 de D y 3 P).

Tampoco mejora la relación entre lo que el panel manifiesta desear y su pronóstico, en relación al conocimiento de las diferencias sociales en la predisposición y exposición a riesgos cancerígenos. En la Figura 134 se hace patente el contraste entre el 95% que coinciden en el deseo y sólo el 31% pronosticando lo mismo (valores de mediana 6 de D y 3 de P).

La Figura 135, con una formulación de predicción parecida informa que un 80% de consultados quiere que se investigue sobre las diferencias en la predisposición a comportamientos de riesgo por clase social, raza, sexo y religión frente al 45% que pronostica lo contrario y un 28% que se mantiene en la incertidumbre (valores de mediana 6 de D y 3 de P).

Aparentemente el panel confía en que, a pesar de todo, se tomen medidas de corrección de la desigualdad a pesar de su escepticismo acerca de que se conozca de manera fehaciente su dimensión real.

Los panelistas, sin confiar en que se vaya a conocer mejor la realidad de las desigualdades sociales mencionadas, esperan, no obstante, que disminuyan las que pueda haber. La Figura 136 propone un conjunto de objetivos en esa dirección a los que los panelistas conceden algún crédito en su pronóstico. Sus predicciones incluyen la eliminación de las desigualdades sociales en el acceso a las estrategias de cribado y diagnóstico precoz –lo sostiene el 62%– en el acceso al tratamiento oncológico apropiado –lo suscribe un 63%– la adopción de indicadores específicos de calidad –avalado por el 59%– y un 56% pronostica que se medirán, a efectos informativos, los resultados clínico.

Sin duda la aparente incongruencia entre la desconfianza en que se obtenga un conocimiento sólido de la naturaleza de las desigualdades y la discreta predicción de que, no obstante, se paliarán, merece un detenido análisis.

5.8.2. Innovación y desigualdad

En esta sección se aborda la viabilidad del actual sistema de financiación del sistema público de salud ante la incorporación y acceso universal a la innovación oncológica, así como posibles estrategias de mantenimiento del esfuerzo innovador.

Respecto a la primera cuestión, la Figura 137 muestra que el 99% de los panelistas desean que los pacientes accedan a la innovación diagnóstica, sin que existan desigualdades de clase social o territoriales. Secundan este deseo el 55% de los panelistas con un pronóstico colectivo cauto (valores de mediana 7 de D y 5 de P).

Sin embargo a pesar de que en la Figura 138 el 89% de los consultados rechaza que la incorporación de innovaciones significativas vaya a suponer problemas de sostenibilidad, un 77% pronostica con firmeza que efectivamente se puede generar esa situación en el horizonte de la consulta (valores de mediana 2 de D y 6 de P).

Lo reafirma el pronóstico de sólo un 56% en la Figura 139 de que no todos los avances con mejor perfil diagnóstico y terapéutico podrán ser financiados con fondos públicos en oposición a un mayoritario rechazo de la posibilidad de que su cobertura universal sea inviable.

Frente a la esperanza, escasamente avalada por el pronóstico, de la adopción de medidas correctoras de las desigualdades individuales, los panelistas manifiestan su opinión acerca de la existencia de diferencias territoriales de acceso a la innovación (ver Gráfico 4) y sus predicciones acerca de su probable tratamiento en la Figura 141.

El Gráfico 4 muestra de manera elocuente que el 79% de los panelistas sostiene que en la actualidad existen desigualdades territoriales en el acceso las innovaciones terapéuticas autorizadas frente a un 16% que opina lo contrario y un 5% que no toma partido.

En la Figura 140 se muestran los pronósticos de los panelistas que creen en la existencia de desigualdades territoriales, en relación a una serie de escenarios de posible evolución de esta situación: sólo el 28% cree que se resolverá el actual desequilibrio (valor 4 de mediana de P) con un 56% que cree que se mantendrá (valor 5 de mediana de P).

Pronósticos contrapuestos ante el deseo de que se introduzcan criterios de coste-efectividad para racionalizar el gasto farmacéutico en innovaciones terapéuticas de última generación, el 33% no cree que se aplicarán tales criterios para mejorar la equidad territorial en su acceso (valor 4 de mediana) frente al 46% que pronostica lo contrario (valor 4 de mediana).

Tampoco es excesivamente optimista el pronóstico de únicamente el 30% de los consultados de que tomarán carta de naturaleza los contratos de riesgo compartido entre el financiador público y la industria innovadora ajustando progresivamente el precio a reembolsar en función de la efectividad terapéutica demostrada (valor 4 de mediana de P).

Ante la eventualidad de que no se acuerden procedimientos consensuados para hacer sostenible la financiación de innovaciones y mejorar las diferencias territoriales actuales, el 67% cree que predominarán “arreglos” impuestos por la presión organizada de las redes sociales de pacientes y decisiones políticas coyunturales “ad hoc”.

Finalmente, los panelistas desean mayoritariamente que la adopción generalizada de fórmulas de partenariado público-privado – Figura 141 – se consolide con un pronóstico congruente aunque cauteloso.

La Figura 142, en contrapartida, muestra un pronóstico – P – negativo del 69% de los panelistas frente a una formulación unánime del deseo – D – de que el sector público incentive la investigación independiente sin atractivo comercial.

Figura nº 133. La investigación sobre las desigualdades de acceso, tratamiento y resultados por parámetros de discriminación potencial (lugar de residencia, edad, religión, etnia, género...)

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 2 |
| Mediana | 6 | 3 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |

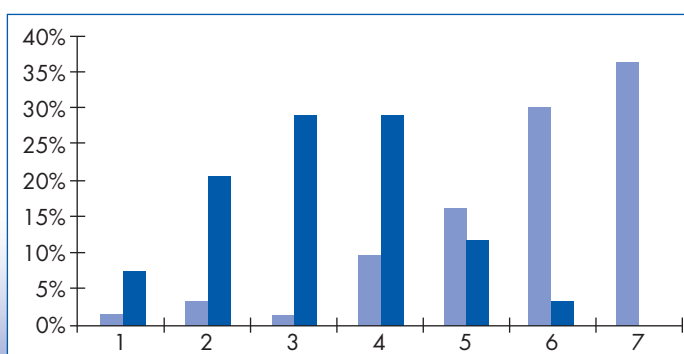


Figura nº 134. La investigación sobre las diferencias en la predisposición y exposición a carcinógenos

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 3 |
| Mediana | 6 | 4 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

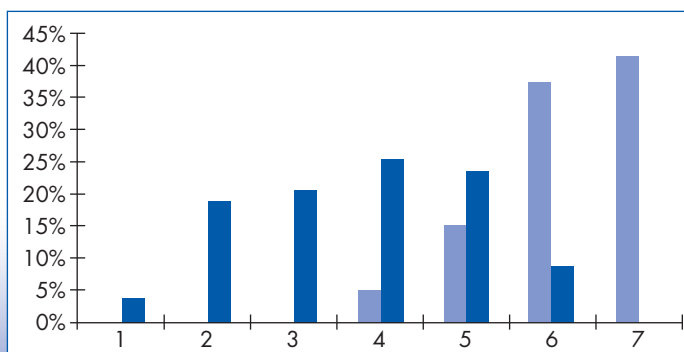
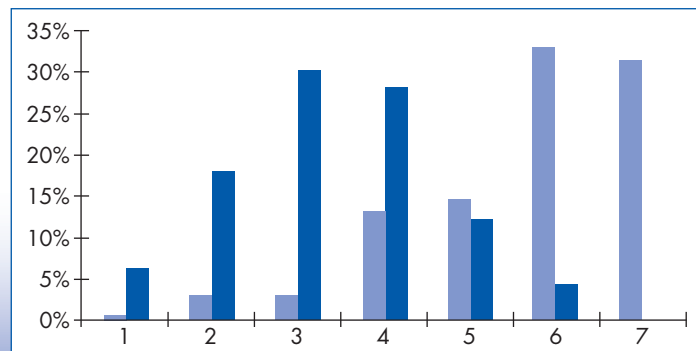


Figura n° 135. La investigación sobre las diferencias en la predisposición a comportamientos de riesgo por clase social, etnia, sexo y religión

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 5 | 3 |
| Mediana | 6 | 3 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |



La prevalencia de los factores de riesgo conocidos es mayor en las áreas desfavorecidas económicamente y, en consecuencia, se pueden trasladar las desigualdades socio-económicas a la incidencia del cáncer y a la mortalidad asociada.

Figura n° 136. ¿Cuás es su pronóstico acerca de si se van a realizar acciones y estrategias específicas orientadas a la disminución de las mencionadas desigualdades? Puntúe, por favor, entre 1 (el peor pronóstico) y 7 (el pronóstico más favorable)

- Se eliminarán las desigualdades en relación al acceso a las estrategias de cribado y diagnóstico precoz
- Se eliminarán las desigualdades en relación al acceso al tratamiento oncológico apropiado
- Se determinarán y medirán indicadores de calidad asistencial basados en el manejo clínico de los pacientes (selección de pruebas diagnósticas y opciones terapéuticas)
- Se determinarán y medirán indicadores de calidad asistencial en los resultados obtenidos

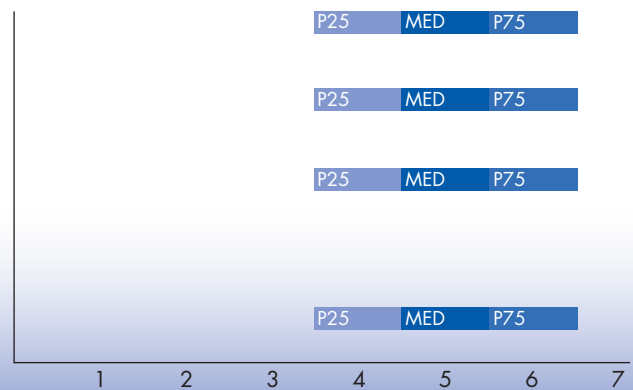


Figura n° 137. Los pacientes se beneficiarán del acceso a la innovación farmacológica, radiológica y quirúrgica que haya evidenciado una aportación terapéutica destacada sin desigualdades de clase social ni restricciones territoriales

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 7 | 3 |
| Mediana | 7 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 5 |

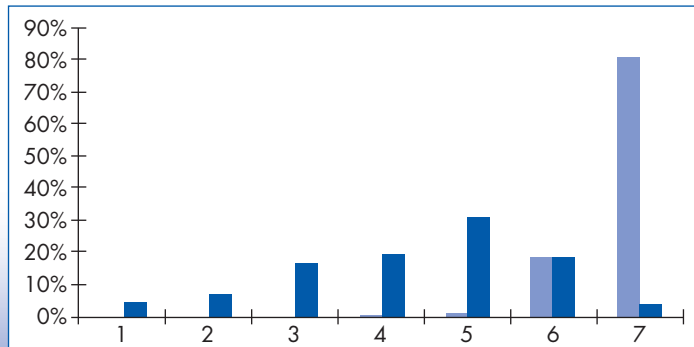


Figura n° 138. La incorporación de innovaciones oncológicas generará un problema de sostenibilidad en la financiación del SNS

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 5 |
| Mediana | 2 | 6 |
| Percentil 75 | 3 | 6 |

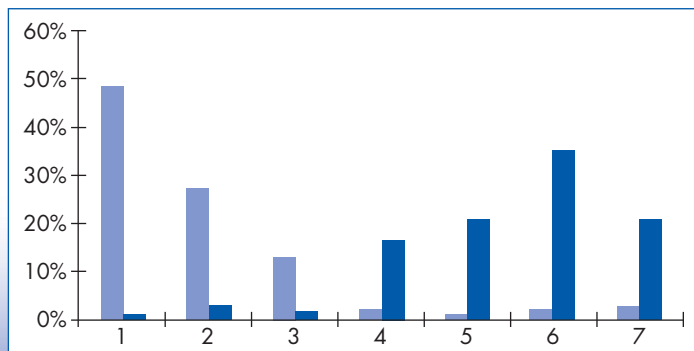


Figura n° 139. No todas las innovaciones diagnósticas y terapéuticas (con un mejor perfil de eficacia y seguridad) serán cubiertas con financiación pública para todos los pacientes que se puedan beneficiar

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 1 | 4 |
| Mediana | 2 | 5 |
| Percentil 75 | 3 | 6 |

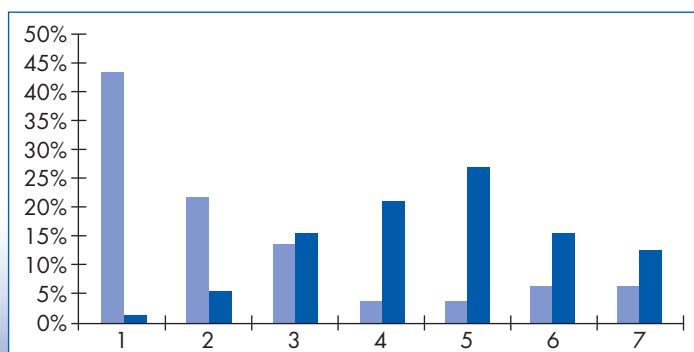


Gráfico n° 4. ¿Diría usted que ahora mismo existe en España desigualdad territorial en el acceso a las innovaciones terapéuticas autorizadas? Señale con una cruz su respuesta

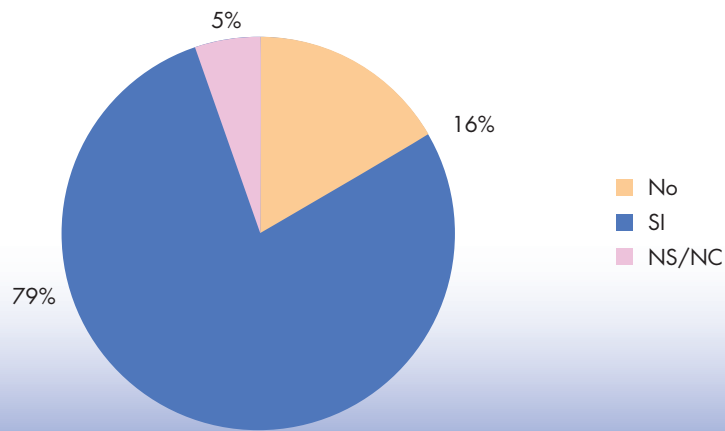


Figura n° 140. Si cree que existe alguna forma de desigualdad o inequidad territorial de terapéutica, puede indicar cuál es su pronóstico a 5 años vista en relación a (puntúe su respuesta entre 1 y 7)

Se resolverá la actual desigualdad

Se mantendrá sin resolver la desigualdad territorial de acceso

El acceso a medicamentos de última generación se resolverá con criterios distintos del criterio del coste-efectividad

Se resolverá mediante la adopción de criterios coste-efectividad

Se generalizarán los contratos de riesgo compartidos entre el financiador público y el innovador, ajustando el precio a reembolsar en función de la efectividad demostrada en la práctica clínica habitual

En ausencia de procedimientos consensuados de financiación de la innovación, se impondrá la presión organizada de las redes sociales y la decisión política del momento

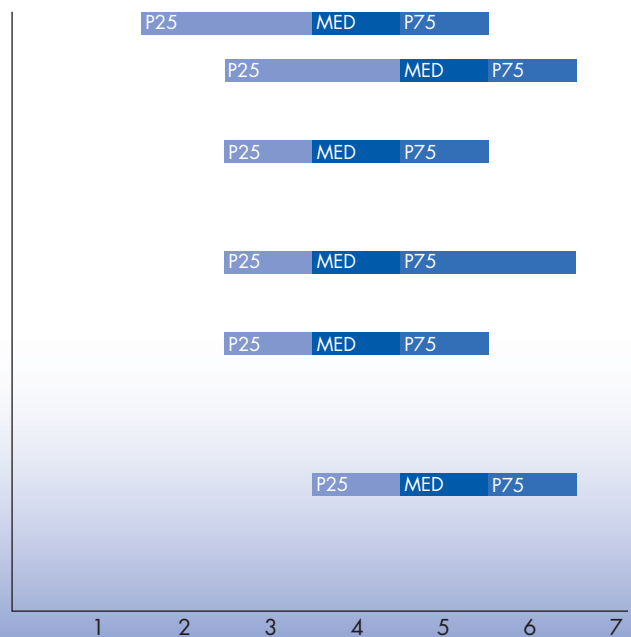


Figura n° 141. La sostenibilidad de la financiación de la investigación en tiempos de crisis económica requerirá establecer y consolidar fórmulas sólidas de partenariados público-privados basados en sus respectivas fortalezas estratégicas y ventajas competitivas

| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 4 | 4 |
| Mediana | 6 | 5 |
| Percentil 75 | 7 | 6 |

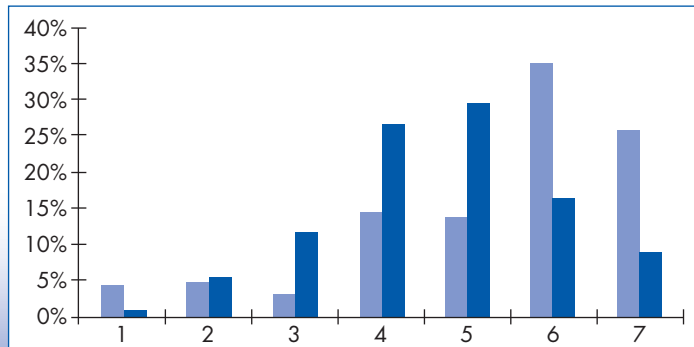
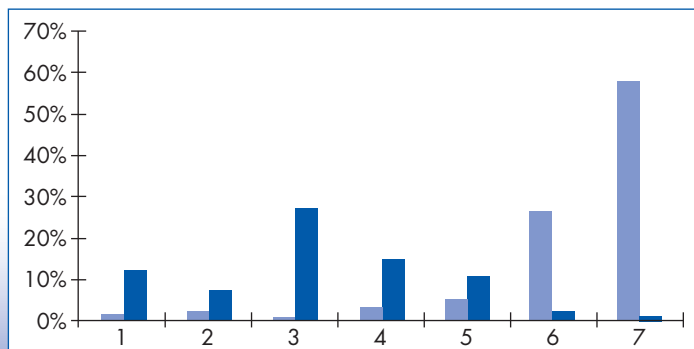


Figura n° 142. Se generarán incentivos públicos para realizar investigación independiente sin atractivo comercial

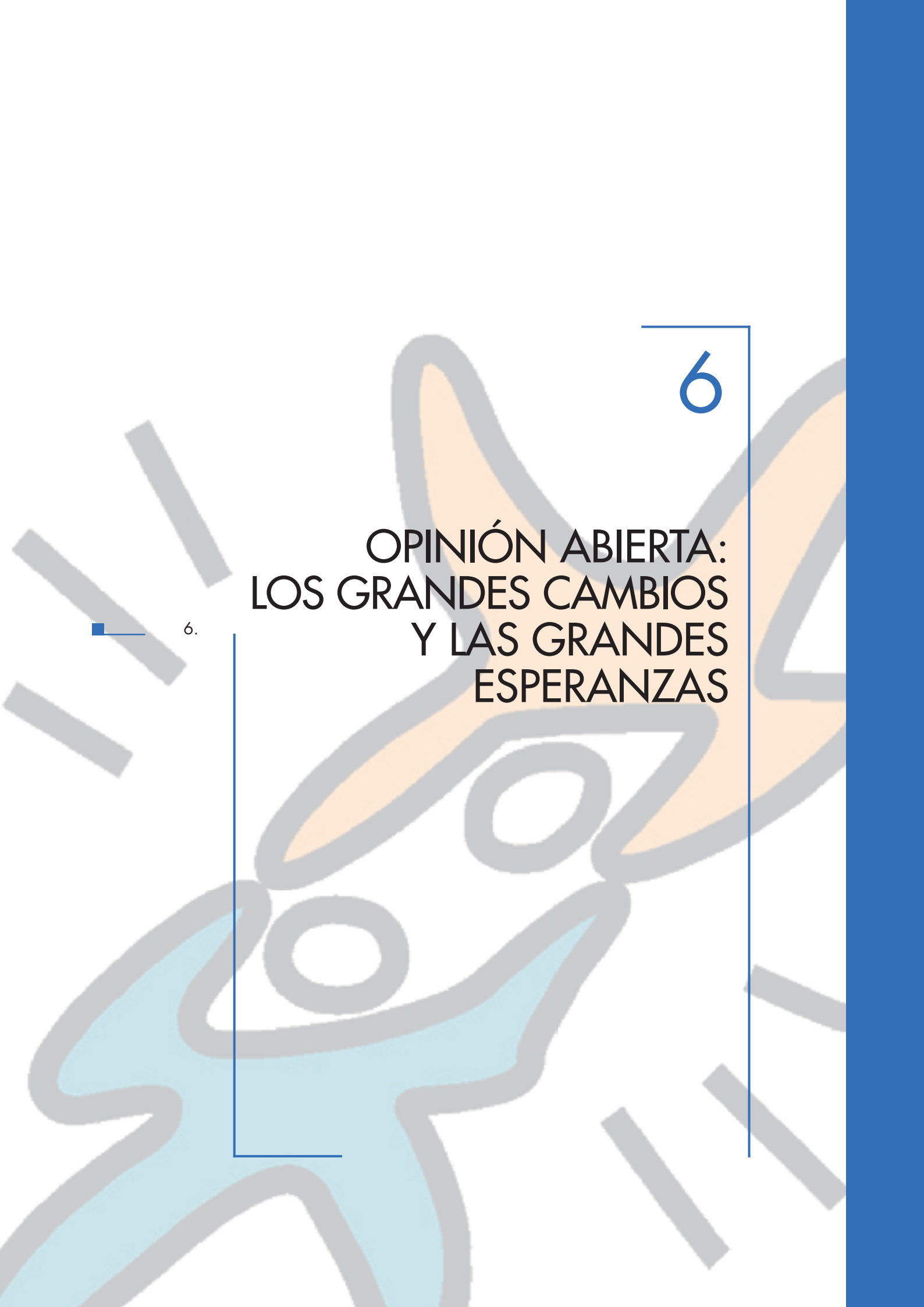
| | Deseos | Pronósticos |
|--------------|--------|-------------|
| Percentil 25 | 6 | 2 |
| Mediana | 7 | 3 |
| Percentil 75 | 7 | 4 |



6

OPINIÓN ABIERTA:
LOS GRANDES CAMBIOS
Y LAS GRANDES
ESPERANZAS

6.



6. OPINIÓN ABIERTA: LOS GRANDES CAMBIOS Y LAS GRANDES ESPERANZAS

Un total de 146 sobre 166 panelistas respondieron a dos preguntas abiertas en las que se solicitaba citar “los 3 cambios más importantes producidos en la atención oncológica en los últimos 5 años” y “las 3 áreas de mejora que Ud. cree que se deben producir en la atención oncológica en los próximos 5 años”.

No todos los panelistas cumplimentaron las 3 respuestas y no todas las respuestas cumplimentadas fueron legibles, obteniéndose un total de 390 respuestas para la primera cuestión (promedio de 2,7 por panelista que cumplimentó esta primera pregunta) y de 418 para la segunda cuestión (promedio de 2,9 por panelista que cumplimentó esta segunda pregunta). Las diferentes respuestas fueron categorizadas según estuvieran relacionadas con las áreas de innovación tecnológica, organización de la atención sanitaria, formación, investigación y prevención. Esas áreas fueron también investigadas en el cuestionario descrito con anterioridad en este documento. En este capítulo se presentan estas respuestas ordenadas por el número de veces que fueron citadas por alguno de los panelistas participantes en el estudio.

En la Tabla 2 se puede comprobar como entre los grandes cambios producidos en la atención oncológica en el período comprendido entre los años 2006 y 2010 se destacan los factores relacionados con la innovación tecnológica. Entre éstos, los panelistas señalaron los cambios más importantes producidos en la atención oncológica en los últimos cinco años: el desarrollo de esquemas organizativos multidisciplinares con la utilización de guías de práctica clínica y la constitución de comités de tumores, la introducción de la oncología molecular en diagnóstico y tratamiento, las mejoras en los equipos de diagnóstico por la imagen, la introducción de las nuevas líneas de quimioterapia y la extensión de los programas de cribado de cáncer de mama y colorrectal). También fueron bien citados otros cambios tecnológicos, como son la radioterapia y la cirugía menos invasiva, y organizativos, como son la creación de unidades de cuidados paliativos y la mayor accesibilidad a los tratamientos.

En la Tabla 3 se destacan las grandes áreas de mejora sugeridas por los panelistas en la atención oncológica en el período comprendido entre los años 2011 y 2015. Entre las áreas de mejora, destaca sobre las demás la necesidad de profundizar en la atención multidisciplinar y en el desarrollo de unidades funcionales, incluyendo para algunos panelistas una mayor coordinación con la atención primaria. A continuación, se encuentran las siguientes áreas de mejora: la prevención y cribado, la necesidad de desarrollar diferentes modelos de investigación de la equidad geográfica y social en el acceso al diagnóstico y tratamiento y la de mejorar la eficacia de los tratamientos actuales. .

Un resumen de las respuestas a las dos cuestiones planteadas en esta sección sugiere que para los panelistas los grandes cambios producidos en la atención oncológica en los últimos cinco años estuvieron relacionados con la innovación tecnológica, mientras que la gran área de mejora para los próximos cinco años estaría relacionada con los cambios en la organización de la misma. Claramente, la segunda cuestión plantea demandas de mejora en la organización sanitaria.

Tabla n° 2. ¿Cuáles son los cambios más importantes en la atención oncológica producidos en los últimos 5 años?

| | | |
|----------------|--|----|
| Org. Atención | Desarrollo de esquemas de atención multidisciplinar e integrada. Con referencias específicas a los comités de tumores y las guías de práctica clínica/protocolos. | 66 |
| Innov. Tecnol. | Desarrollo de la oncología molecular, con referencias específicas a los fármacos específicos de dianas moleculares, biomarcadores y los tratamientos personalizados. | 55 |
| Prevención | Extensión de los programas de cribado (con especial referencia al de cáncer de mama y cáncer colorrectal) y el diagnóstico precoz | 40 |
| Innov. Tecnol. | Mejoras en las técnicas de diagnóstico por la imagen (PET, TAC, RM funcional, ...) y algunas técnicas específicas, y generalización del acceso. | 40 |
| Innov. Tecnol. | Nuevas líneas de quimioterapia, con referencia a los fármacos biológicos (monoclonales), tratamientos de menor toxicidad, y combinaciones, incluyendo pautas con radioterapia. | 37 |
| Innov. Tecnol. | Desarrollo tecnológico de la radioterapia (radioterapia guiada por imagen y otras técnicas) | 23 |
| Org. Atención | Desarrollo de las unidades de cuidados paliativos, avances en el manejo de pacientes terminales y del dolor. | 23 |
| Org. Atención | Mayor accesibilidad por el incremento de recursos tecnológicos y humanos y el desarrollo de los servicios de oncología (con especial referencia a la oncología en hospitales comarcales) | 17 |
| Innov. Tecnol. | Expansión de la cirugía poco invasiva, laparoscópica y técnicas específicas (ej: ganglio centinela), robótica. Aplicación integrada de la cirugía al manejo interdisciplinar; neoadyuvancia. | 17 |
| Investigación | Mejor conocimiento de las bases moleculares del cáncer que ha permitido el desarrollo de biomarcadores y nuevas terapias. | 10 |
| Innov. Tecnol. | Desarrollo de la genómica y genética, con especial referencia al consejo genético, los tratamientos específicos y los indicadores de tolerancia al tratamiento. | 10 |
| Org. Atención | Mayor implicación del paciente en la toma de decisiones | 6 |
| Org. Atención | Importancia progresiva en el Sistema Nacional de Salud a los planes/estrategias de atención oncológica | 6 |
| Org. Atención | Inicio de los enfoques de cuidados hacia el superviviente de larga duración: cuidados, psico-oncología, reinserción- | 5 |
| Innov. Tecnol. | Comercialización de vacunas relacionadas con tumores (Virus del papiloma humano) | 5 |
| Innov. Tecnol. | Otras tecnologías: Sondas de imagen molecular evaluación terapias moleculares; Transplante células madre; Transplante de medula ósea; Nuevos radiofármacos; nanotecnología | 5 |
| Prevención | Concienciación social de los riesgos del tabaco. Promoción de estilos de vida preventivos. Mayor compromiso antitabáquico del Estado | 4 |

| (continuación) | | |
|-----------------------|---|---|
| TIC | Acceso fácil a información compartida (Internet); difusión conocimientos. | 3 |
| Innov. Tecnol. | Innovaciones y mejoras en los tratamientos de soporte (ej: antieméticos, nutrición, ...) | 3 |
| TIC | Desarrollo de sistemas de información clínica (historia clínica informática y registros) | 2 |
| Investigación | Coordinación de la inversión estado central y grupos de investigación | 2 |
| Org. Atención | Encarecimiento y aumento global del gasto, sobre todo farmacéutico | 2 |
| Org. Atención | Implantación de circuitos rápidos de diagnóstico, reducción tiempos de espera para diagnóstico y tratamientos | 2 |
| Formación | MIR oncología | 2 |
| Org. Atención | Mayor papel enfermera en paliativos | 1 |
| Org. Atención | Cooperación entre centros | 1 |
| Formación | Formación en el extranjero | 1 |
| Investigación | Incorporación de casi todos los hospitales al desarrollo de ensayos clínicos | 1 |
| Investigación | Desarrollo de la investigación traslacional | 1 |

Tabla nº 3. ¿Qué áreas de mejora se deberían producir en la atención oncológica en los próximos 5 años?

| | | |
|----------------|---|----|
| Org. Atención | Desarrollo de esquemas de atención multidisciplinar e integrada. Con referencias específicas a los comités de tumores y las guías de práctica clínica/protocolos. | 92 |
| Org. Atención | Profundizar en la atención multidisciplinar y en el desarrollo de unidades funcionales, y coordinación de los cuidados con la atención primaria. | 30 |
| Prevención | Ampliar los programas de cribado y detección precoz, y extender a otras patologías; desarrollo del cribado genético. | 28 |
| Investigación | Más Investigación. Los panelistas señalaron modalidades (pública, independiente) o áreas específicas (nanotecnología, traslacional, clínica). | 25 |
| Org. Atención | Equidad –geográfica, social, ...– en el acceso a métodos diagnósticos y terapéuticos, incluido paliativos | 21 |
| Innov. Tecnol. | Tratamientos más eficaces (moleculares) , biomarcadores, personalizados | 21 |
| Innov. Tecnol. | Evaluación de resultados clínicos, decisiones basadas en evidencias | 16 |
| Prevención | Incrementar la información a la población en prevención (tabaco, ...) | 15 |
| Org. Atención | Incrementar y mejorar la accesibilidad a las unidades de cuidados paliativos | 15 |
| Org. Atención | Mejorar todos los aspectos de información y comunicación al paciente | 14 |
| Org. Atención | Desarrollar fórmulas de financiación que permitan la sostenibilidad de la innovación e incrementar los recursos para garantizar la accesibilidad a diagnóstico y tratamientos | 14 |
| Org. Atención | Concentración/regionalización de la atención oncológica (en algunos casos para procesos infrecuentes o complejos) | 14 |

| (continuación) | | |
|-----------------------|---|--------|
| Org. Atención | Incrementar el apoyo psicológico a los pacientes. | 13 |
| Org. Atención | Definir políticas de eficiencia y sostenibilidad, con referencias específicas a la racionalización y adecuación de los tratamientos | 12 |
| Org. Atención | Mejorar la evaluación de la calidad de las unidades, con referencias a la transparencia de indicadores, seguridad, acreditación de unidades, ... | 11 |
| Org. Atención | Reducir los tiempos entre síntomas iniciales/sospecha e inicio del tratamiento | 10 |
| Innov. Tecnol. | Incremento de equipos de alta tecnología (diagnóstico por la imagen), ciclotrones y mejoras en las técnicas de diagnóstico | 10 |
| Org. Atención | Mejorar la gestión de los servicios de oncología y la gestión y coordinación de los recursos que intervienen en la atención de pacientes oncológicos. | 9 |
| Innov. Tecnol. | Desarrollo de marcadores para diagnóstico precoz | 9 |
| Innov. Tecnol. | Desarrollo de nuevas terapias | 8 |
| Innov. Tecnol. | Desarrollo del tratamientos personalizados | 7 |
| Org. Atención | Mayor atención a la calidad de vida de los supervivientes (Psico-oncología/reinserción) | 6 |
| Org. Atención | Mejor transición/continuidad entre oncología y paliativos | |
| Org. Atención | Dar mayor protagonismo a los pacientes, incluyendo red social y asociaciones, en decisiones, guías de práctica, ... | 5 5 |
| Org. Atención | Mayor participación profesionales en las decisiones estratégicas y operativas | 4 |
| Formación | Mejorar la formación y formación continuada (médicos de familia en oncología y paliativos; enfermería en oncología y paliativos). | 4 |
| Org. Atención | Implantación de cuidados paliativos como práctica habitual en atención primaria | 3 |
| Org. Atención | Mayor hincapié en guías de práctica y protocolos. | 2 |
| Innov. Tecnol. | Radioterapia más precisa | 2 |
| Org. Atención | Creación y desarrollo de hospitales de día | 2 |
| Org. Atención | Incrementar la vacunación del HPV | 1 |
| Org. Atención | Acceso a las técnicas de diagnóstico precoz por parte de la atención primaria | 1 |
| Org. Atención | Libre elección de centro | 1 |
| Org. Atención | Cuidado del equipo oncológico (jubilaciones, burn-out) | 1 |
| Innov. Tecnol. | Al menos 1 centro de protones en España | 1 |
| Innov. Tecnol. | Aprobación nuevos radiofármacos para PET | 1 |
| Innov. Tecnol. | Mas atención a los tratamientos de soporte | 1 |
| Innov. Tecnol. | Terapia ultrasonidos fuegos cruzados y control termométrico RM | 1 |
| Investigación | Acceso de pacientes de diferentes autonomías a los ensayos | 1 |
| Investigación | Profesionalización de las unidades de investigación | 1 |
| Investigación | Ensayos en casos homogéneos respecto perfil molecular | 1 |
| Org. Atención | Registros de tumores | 1 |

7

COMENTARIOS FINALES

7.



7. COMENTARIOS FINALES: TENDENCIAS EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

VISION GLOBAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL ANÁLISIS

Conviene recordar que los posicionamientos prospectivos a cinco años vista aportadas por la consulta se realizaron en plena recesión, y crisis financiera de finales del 2009 y a lo largo de la primera mitad de 2010 y se refieren, en la mayoría de las cuestiones planteadas, a la expresión de deseos y a la de pronósticos en relación a diferentes escenarios o situaciones hipotéticas –aunque plausibles– relativas a la atención oncológica. Los deseos (D) constituyen la expresión legítima de una acción o situación que el panelista quiere o rechaza, mientras los pronósticos (P) constituyen la expresión legítima de que la acción o situación planteada en la cuestión va a pasar, o no. La adopción de una escala entre los valores 1 a 7 permite situar las expresiones de D y P en diferentes niveles de predictibilidad. La categorización del conjunto de respuestas en tres intervalos: baja posibilidad (1 a 3), indiferencia (4) y alta posibilidad (5 a 7); permite diferenciar tendencias según parámetros cuantitativos y establecer el nivel de concordancia o discordancia entre las tendencias deseadas y las pronosticadas. Este proceso permite distinguir también tendencias dominantes en el objeto de estudio, que es la evolución probable de la atención oncológica en el año 2015.

Para los panelistas los escenarios de futuro en los que expresaron tendencias dominantes fueron: el aumento de la incidencia del cáncer, la introducción de innovaciones científico-tecnológicas y organizativas y los posibles problemas de equidad relacionados con las tensiones en la sostenibilidad del SNS.

Los panelistas consultados expresaron, con un elevado nivel de concordancia en sus respuestas, estar preparados para adoptar e integrar en la práctica clínica tanto el cúmulo de innovaciones diagnóstico-terapéuticas, cuya próxima llegada pronostican, como un profundo cambio hacia un modelo organizativo horizontal e inclusivo de los diferentes niveles asistenciales. Respecto a la innovación tecnológica emergente destacaron, especialmente, el salto cualitativo de la convergencia tecnológica de biomarcadores, radiología por imagen, y cirugía mínimamente invasiva. En relación a la organización destacaron la adopción de una estructura transversal que reúna a las diferentes especialidades oncológicas y reemplace el modelo, aún vigente, de liderazgo jerárquico vertical, gestión clínica fragmentada y discontinuidad asistencial. Y de una manera que conviene subrayar, priorizan para los próximos 5 años la innovación organizativa asistencial sobre la innovación tecnológica posiblemente como estrategia de adaptación a la complejidad asociada a la alta tasa de innovación producida en los últimos años y en la creencia de que la integración mejorará la calidad, la efectividad clínica y la equidad de la atención oncológica. Sin embargo, los panelistas expresaron la idea de que el nuevo arsenal terapéutico - más personalizado, menos tóxico, más específico y de administración más cómoda y, probablemente, más prolongada – podría constituir un desafío para la sostenibilidad de la universalidad gratuita de la sanidad pública. En relación a la sostenibilidad sorprende el hecho de que los panelistas visualicen situaciones de desigualdad en el acceso a la atención oncológica en el SNS.

Los panelistas manifestaron discordancias entre deseos (D) y pronósticos (P) en otras dos áreas específicas. La primera es la discordancia en relación al D unánime de que las personas adopten estilos de vida saludables y las autoridades sanitarias promuevan políticas que incentiven la prevención primaria del cáncer y el P levemente favorable, y a veces escéptico, de que las personas o las políticas favorezcan dichos hábitos. Más sorprendente es la diferencia entre D y P en relación a la atención del enfermo que sobrevive más de cinco años a un primer diagnóstico de cáncer o largo superviviente, dónde se encontró una discrepancia entre el D unánime de promover una atención especializada acorde con las necesidades emergentes y el P escéptico relativo a que este importante sector de la población vaya a ser objeto de políticas específicas. En esta visión las predicciones del panel no ignoran la senda emergente de presión organizada sobre los profesionales y las Autoridades Sanitarias del sistema sanitario público por parte de ciudadanos y pacientes organizados e informados a través de asociaciones de pacientes y redes sociales.

De forma resumida los panelistas que participaron en este estudio transmitieron la impresión de valorar con certeza los procesos de innovación relacionados con el cáncer –desde la prevención a los cuidados paliativos–, sin dejar de expresar su preocupación por la sostenibilidad económica, la necesaria innovación organizativa y la equidad en su acceso por parte de la sociedad.

INTERRELACIONES

El análisis del impacto entre los diversos escenarios propuestos en el posicionamiento predictivo de los panelistas sugiere una serie de interrelaciones de interés entre las tendencias, los elementos motores de cambio y los obstáculos de cada eslabón que aporta valor en la atención oncológica que se propuso como referente de la consulta.

Con la tendencia al aumento de la incidencia y la prevalencia del cáncer en la próxima década es indisputable el dominio de las agendas de los gobiernos - central y autonómicos – en su capacidad de utilizar los instrumentos propios de la política sanitaria para garantizar la equidad y la excelencia de la atención oncológica. Los instrumentos que han de determinar la agenda política del cáncer son: iniciativa política, legislación, fiscalidad, gasto público, la participación del paciente y supervisión de la equidad y la calidad. En este sentido, es difícilmente objetable que una “mejor” política permite conseguir una mejor y más aceptable gestión sanitaria de los recursos públicos. Esta definición de una agenda política de la atención oncológica requiere en un entorno de envejecimiento de la población, innovación tecnológica y mayor complejidad clínica de un consenso entre los diferentes agentes implicados.

VISIONES ESPECÍFICAS DE LA ATENCION ONCOLOGICA

A) Los hábitos saludables

Si bien este estudio se realizó cuando aún no se había modificado la legislación contra el tabaco y las informaciones respecto a tal modificación eran contradictorias, el panel expresó el D de que se produjeran cambios significativos en el endurecimiento de la normativa de protección del fumador pasivo, de una menor tolerancia al consumo de tabaco y que desaparezca la variabilidad territorial en el cumplimiento de la normativa. El panel desea que las administraciones estatal y autonómicas asuman la responsabilidad de facilitar los medios y desplieguen las acciones intersectoriales de salud pública necesarias para reducir los riesgos evitables de contraer cáncer. Esas acciones atañen tanto a la promoción de estilos de vida saludables como a la acción frente a factores de riesgo específico: tabaco, alcohol, obesidad los factores de riesgo medioambiental. Futuras investigaciones deberían intentar encontrar una explicación en la discordancia existente entre la unanimidad del D a promover estilos de vida saludables y la dificultad en el P de que éstos se adopten. Es de especial interés si esta discrepancia es atribuible a limitaciones de la capacidad normativa de las Autoridades Sanitarias o tiene que ver con las dificultades de modificar la conducta humana.

B) La función de la atención primaria

En un contexto de envejecimiento de la población, pluripatología, atención poco coordinada y mayor complejidad clínica los panelistas subrayaron la función de la atención primaria en el promoción de hábitos de vida saludables, información de los pacientes, detección precoz del cáncer y, posiblemente, en el seguimiento del superviviente.

C) Atención al superviviente

Las predicciones del panel acerca de la “cronificación del cáncer” y la necesidad de atender a los supervivientes ponen entredicho la existencia en el futuro de los, por otra parte deseados, planes específicos de atención al superviviente. Estos planes deberían indicar el nivel asistencial y de responsabilidad profesional de la atención de los enfermos con remisión de la enfermedad y los denominados “supervivientes” que coexisten con diferentes grados

de evolución de la enfermedad. Asimismo, los panelistas expresan un cierto desacuerdo entre el D unánime y el P de que se promueva una coordinación asistencial efectiva para tratar las necesidades de los supervivientes. Este último aspecto es importante valorarlo teniendo en consideración que con la cronificación del cáncer aparecen necesidades emergentes, como son la incidencia de nuevos tumores y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares que requieren una visión integral del paciente. A ello se une la necesidad de considerar las potenciales interacciones farmacológicas asociadas a la polimedicación o a la administración de contraste radiológico.

Las predicciones del panel acerca de la “cronificación de la supervivencia” ponen en guardia sobre de la probabilidad de que se mantenga la actual ausencia de ordenación asistencial –nivel asistencial y profesional clínicamente responsables– de la atención de los enfermos con remisión de la enfermedad y los denominados “supervivientes” cuya tendencia a aumentar no puede dejar de ser reconocida.

D) Cuidados Paliativos

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la visión social y sanitaria de los cuidados paliativos desde la expresión del D unánime de que se incorporen explícitamente las prestaciones específicas correspondientes a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. También aparece una tendencia a respetar la dignidad de los enfermos afectados de tumores en fases avanzadas y la voluntad manifestada en su testamento vital sobre el tipo de atención médica que desean recibir.

E) Organización asistencial

Desde la perspectiva de la reforma organizativa del actual modelo asistencial se pronostica que la falta de decisión y de incentivos explícitos por parte de la autoridad sanitaria obstaculizará la implantación del modelo integrado y pluridisciplinar basado en la integración de funciones complementarias. Sin embargo, no debería pasar inadvertido el P de que, en contraposición al D, se va a mantener una cierta resistencia a la evaluación y a la adopción de criterios explícitos de rendición de cuentas de la práctica clínica: decisiones, procesos y resultados. La predicción de que se va a producir la elaboración y publicitación de indicadores comparativos de calidad no mejora las perspectivas anunciadas por el panel ni tampoco lo hace la poca convicción que estos manifiestan de que en el futuro inmediato se resuelva la atomización territorial de los registros de cáncer y se pueda contar con estadísticas poblacionales de ámbito estatal. De mantenerse esta trayectoria discordante, va a resultar difícil mantener ante la opinión pública la disyuntiva de que las diferencias entre un modelo y otro deban dilucidarse en ausencia de evidencia objetiva acerca de las ventajas respectivas demostradas. De este modo se perfila una tendencia negativa a la evaluación de competencias por comparación en nuestro sistema sanitario público, lo que contrasta con la tendencia de los países escandinavos y anglosajones a introducir indicadores explícitos de evaluación de la atención oncológica. Esta barrera de importancia difícil de determinar contrasta vivamente con una robusta manifestación de D del mismo panel de que la atención oncológica incorpore de manera consistente la “cultura de la evaluación” y la consiguiente rendición de cuentas.

En este caso la ambigüedad de la respuesta colectiva a la consulta sugiere la necesidad de una investigación más focalizada y específica en busca de una explicación a esta llamativa contradicción. Esta aproximación debería investigar sobre la posible correlación entre, por un lado, la ausencia de indicadores y, por el otro, la presencia de desigualdades en el trato, manejo clínico y los resultados obtenidos.

F) Accesibilidad

No pasa desapercibida que la firme y mayoritaria constatación de variabilidad territorial e individual en el acceso a determinadas innovaciones terapéuticas autorizadas e indicadas para idénticas necesidades, se asocie a un pronóstico pesimista, sin matices, sobre el bloqueo de la priorización de la investigación sobre las

desigualdades sociales en conductas de riesgo, predisposición a la exposición a agentes carcinógenos y de acceso al diagnóstico precoz y el tratamiento razonablemente inmediato. Sin el conocimiento que proporciona este tipo de investigación, priorizada en países de nuestro nivel de desarrollo, es difícil visualizar una política sanitaria concertada a nivel territorial y asentada sobre información solvente.

La Administración debería recepcionar, también, la anticipación de los consultados de la plausible aparición de déficits en recursos humanos especializados y en equipamiento radiológico clave para la mejora de la agresividad quirúrgica y la preservación de tejido sano. Los panelistas lo advierten en el supuesto de que se mantendrá la tendencia al alza de la prevalencia, el flujo de enfermos y la presión asistencial consecuente.

En estrecha relación con la previsión de este direccionamiento debe mencionarse la adhesión en el deseo de los panelistas, en contraste con un pronóstico poco esperanzador, de que las Administraciones adoptarán fórmulas innovadoras de financiación compartida del riesgo en las inversiones estratégicas de reposición y mantenimiento como en el caso de los proveedores de equipamiento radiológico de nueva generación y la revisión de la autorización y el precio de introducción de nuevos tratamientos condicionados a la evaluación continua de su aportación terapéutica.

G) El reto de la innovación: factores promotores y potenciales barreras

La consulta revela una actitud entusiasta y confiada, con un pronóstico más atemperado, en el mantenimiento del progreso de la investigación de base biomolecular y el desarrollo y disponibilidad de biomarcadores como innovación radical para la detección, diagnóstico, estadiaje y predicción de la eficacia de opciones terapéuticas alternativas y de recurrencia tumoral.

Esta predicción es congruente con la de la consolidación de la integración funcional de la radioterapia por imagen con el servicio de oncología y la aportación de la anatomía patológica.

Frente a la escasa actividad en investigación traslacional el panel estima que para estimular su impulso debería localizarse preferentemente en centros de referencia con flujos significativos de pacientes y recepción sistemática de tumores de baja incidencia.

Ante la disyuntiva en la previsión de reposición del equipamiento de radiología convencional el panel ambiciona que tome carta de naturaleza la incorporación de tecnología innovadora en lugar de la sustitución del mismo equipamiento con menor aportación diagnóstica.

En la transición hacia el modelo de asistencia integrada y multidisciplinar se cuenta con que la planificación del tratamiento basado en la combinación de la microcirugía con la radioterapia por imagen tridimensional y la quimioterapia de impacto molecular, la cirugía continuará siendo central.

Menos coadyuvante a la innovación son la predicción sobre el mantenimiento de la reluctancia a identificar y discutir la variabilidad de la práctica clínica, y la incertidumbre acerca de la persistencia de la toxicidad del tratamiento citostático sistémico.

La anunciada persistencia de la escasa valoración que se prestará en el desarrollo de la nueva quimioterapia a la manifestación autorreportada de las experiencias asistenciales de los pacientes, la información procedente de la farmacovigilancia y la investigación sistemática de los fallecimientos posteriores a los 30 días del inicio del tratamiento constituyen advertencias que reclaman su inmediata verificación.

H) El nuevo modelo de paciente

La tendencia emergente en los pronósticos sobre avances en la implicación voluntaria del paciente en todas las decisiones que le conciernen apunta hacia el mantenimiento del statu quo en la asimetría de la decisión y la elección: "todo para el paciente pero, a ser posible, sin su implicación en territorios preservados exclusivamente a la decisión clínica".

No obstante en las previsiones de comportamiento de la demanda de diagnóstico precoz y prevención terapéutica destaca el pronóstico –tímido– de la tendencia al crecimiento de la demanda espontánea y asertiva –no inducida por el médico– de colonoscopias y cribado de cáncer de mama y de útero.

De nuevo se manifiesta una visible inconsistencia entre los deseos mayoritarios de facilitar información mejor, más personalizada y comprensible sobre el pronóstico, las alternativas terapéuticas y sus consecuencias a los pacientes y a su entorno de convivencia y la poca convicción de los pronósticos sobre la difusión sin cortapisas de información comparativa sobre calidad asistencial de los procesos y resultados para facilitar la elección del paciente. La división de pronósticos a favor y en contra de los panelistas respecto a la activación de un call center 24 horas para consultas de esa naturaleza es reveladora.

También en este escenario abunda la incertidumbre acerca de que las mejoras deseadas por los panelistas se manifiesten meramente en gestos cosméticos o puedan ser objeto de una evaluación rigurosa con implicación de los propios pacientes.

ANEXO

8.

Cuestionario correspondiente a la primera ronda Delphi



Escenario de Futuro de la Oncología

**EL CÁNCER EN ESPAÑA
EN 2015**

CUESTIONARIO

| | |
|---|-----|
| 1. Introducción | 123 |
| 1.1. Objetivo del proyecto | 123 |
| 1.2. Indicaciones para cumplimentar el cuestionario | 123 |
| 1.3. Compromisos de confidencialidad y autonomía | 125 |
| 1.4. Reconocimientos | 125 |
| 2. Cuestionario | 127 |
| 2.1. Prevención | 127 |
| 2.1.1. Prevención basada en estilos de vida y educación sanitaria | 127 |
| 2.1.1.1. Hábito tabáquico | 127 |
| 2.1.1.2. Obesidad | 128 |
| 2.1.1.3. Hábito alcohólico | 128 |
| 2.1.2. Prevención terapéutica | 129 |
| 2.1.2.1. Diagnóstico precoz | 129 |
| 2.1.2.2. Supervivencia y cronicidad | 130 |
| 2.1.2.3. Biomarcadores | 130 |
| 2.2. Investigación e innovación | 131 |
| 2.2.1. Quimioterapia | 131 |
| 2.2.2. Diagnóstico y seguimiento | 132 |
| 2.2.3. Radioterapia oncológica | 133 |
| 2.2.4. Cirugía oncológica | 133 |
| 2.3. Organización de la atención diagnóstica y terapéutica | 134 |
| 2.3.1. Atención integrada y multidisciplinar | 134 |
| 2.3.2. Quimioterapia | 136 |
| 2.3.3. Evaluación y benchmarking | 136 |
| 2.3.4. Recursos humanos | 137 |
| 2.3.5. Implicación del paciente en el recorrido asistencial | 137 |
| 2.4. Cuidados paliativos | 138 |
| 2.4.1. Organización | 138 |
| 2.4.2. Formación | 139 |
| 2.4.3. Autonomía del paciente | 139 |
| 2.5. Financiación, sostenibilidad y acceso a la innovación | 139 |
| 2.5.1. Cobertura universal y gratuita | 139 |
| 2.5.2. Financiación de I+D+i | 139 |
| 2.5.3. Desigualdades individuales | 140 |
| 2.5.4. Desigualdades territoriales | 140 |
| 2.6. Cuestiones abiertas | 141 |

1.1. Objetivo del proyecto

Ofrecer una visión inédita de futuro a medio plazo.

Visualizar tendencias y cambios significativos en este horizonte.

Identificar innovaciones de impacto diagnóstico-terapéutico y organizativo singular.

Identificar barreras y obstáculos para la mejora de la atención oncológica que afectan a la supervivencia de los enfermos oncológicos.

Identificar necesidades emergentes no atendidas.

Anticipar cambios que deben ser considerados en la formulación y ejecución de la política sanitaria.

1.2. Indicaciones para cumplimentar el cuestionario

A. Su contribución a la consulta se recoge de forma confidencial en las claves de codificación de las respuestas que a continuación se describen.

Cada una de las cuestiones propuestas están planteadas en forma de predicciones afirmativas y todas ellas se refieren a un horizonte de futuro de 5 años, es decir, en el año 2015.

Para la cumplimentación completa - sin agobios innecesarios - de este cuestionario se dispone aproximadamente de 3 semanas desde la fecha de recepción.

La fecha límite de remisión del cuestionario completado es el próximo 19 de Mayo del corriente.

B. Un servicio de apoyo le facilitará cualquier consulta o duda que necesite aclarar.

Horario: de 9.00 a 14.00 y de 15.00 a 18.00

Sra. Irene Povea

Telf.: 93 306 46 12

Correo electrónico: irene.povea@novartis.com

Dr. Albert Jovell

Telf.: 93 433 50 32

Correo electrónico: albert.jovell@uab.cat

C. Sus respuestas se recogen y codifican anónimamente de varias formas. En cualquier caso debe señalar con una cruz, con un círculo o subraye de manera nítida la cifra que corresponda a la respuesta de su elección.

a) Respuestas que requieren que exprese sus "deseos" – lo que según usted debería suceder o quisiera que sucediera o todo lo contrario – y sus "pronósticos" – aquello que usted cree que sucederá con independencia de sus deseos. Su "deseo" de ocurrencia lo expresará puntuando entre 1 – rechazo total a que suceda lo que se le propone – a 7 – muy fuerte deseo o identificación con lo que se propone. Su "pronóstico" de ocurrencia asimismo se expresará puntuando entre 1 – no cree que vaya a suceder la cuestión que se le propone en absoluto – a 7 – cree que sucederá con toda probabilidad.

No desea o no cree
Que vaya a suceder

Desea o cree
que va a suceder

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|----------|---|---|----------|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <u>6</u> | 7 | |

b) Respuestas que solamente requieren su “pronóstico”, en cuyo caso la respuesta se expresará marcando el dígito correspondiente de 1 a 7.

Ejemplos:

c) Exprese su grado de adhesión o de “deseo” de ocurrencia así como su “pronóstico”, puntuando respectivamente entre 1 y 7 las siguientes predicciones:

| NS/NC | | | | | | | | | | |
|-------|---|------------|---|---|----------|---|---|----------|----------|--|
| a) | La financiación pública de la innovación diagnóstico-terapéutica oncológica únicamente sobre la base de impuestos se convertirá en un grave problema de sostenibilidad de la asistencia gratuita. | Deseo | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | | Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <u>6</u> | 7 | |
| b) | La sostenibilidad de la financiación de la investigación en tiempos de crisis económica requerirá establecer y proteger fórmulas sólidas de partenariados público-privados basados en sus respectivas fortalezas. | Deseo | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | | Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <u>7</u> | |

d) La polémica y la controversia acerca de las ventajas asociadas a distintos modelos de atención oncológica adolecen de argumentos basados en la evaluación transparente de sus resultados. ¿Diría usted que... (indique su pronóstico de 1 a 7):

| NS/NC | | | | | | | | | |
|-------|--|---|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
| a) | Su validación se realizará por organizaciones externas acreditadas. | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| b) | Participarán en su elaboración las organizaciones de las profesiones oncológicas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <u>7</u> | |
| c) | Participarán en su evaluación los organismos financiadores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <u>6</u> | 7 | |
| d) | Participarán en su evaluación las asociaciones de pacientes. | 1 | 2 | 3 | <u>4</u> | 5 | 6 | 7 | |
| e) | Los resultados de las evaluaciones se harán públicos sin restricciones de acceso para nadie. | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 | 6 | 7 | |

Recuerde que ante cualquier duda tiene a su disposición un servicio de consulta:

Horario: de 9.00 a 14.00 y de 15.00 a 18.00

Sra. Irene Povea

Telf.: 93 306 46 12

Correo electrónico: irene.povea@novartis.com

Dr. Albert Jovell

Telf.: 93 433 50 32

Correo electrónico: albert.jovell@uab.cat

1.3. Compromiso de confidencialidad en relación a la información recibida

El tiempo estimado para la cumplimentación del cuestionario es de 50-60 minutos en total.

- Conocedores del esfuerzo que requiere responder este cuestionario, nos permitimos insistir en que, por favor, **CONTESTE AL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD** con el fin de asegurar la valoración conjunta del panel de expertos consultados **Y NOS LO REMITA EN EL SOBRE FRANQUEADO** adjunto a tal efecto o por correo electrónico, **ANTES DEL 19 DE MAYO DEL CORRIENTE.**

Por último queremos recordarle cuáles son nuestros **compromisos con usted**:

- Garantizar la confidencialidad de sus respuestas.
- Facilitarle el acceso a la información sobre el proceso a medida que se vaya desarrollando el trabajo, incluyendo el informe final y la base de datos si lo desea.
- Publicitar expresamente su participación en la publicación final resultante de la investigación si no objeta lo contrario.

1.4. Reconocimientos

El proyecto para el que se solicita su apreciada colaboración es una iniciativa de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad (www.fundsis.org) y la Universidad de los Pacientes (www.universidadpacientes.org) que han recibido el apoyo activo de las siguientes instituciones, organismos y líderes profesionales a quienes hacemos constar nuestro reconocimiento:

Organismos e instituciones

- Sociedad Española de Oncología Radioterápica.
- Sociedad Española de Oncología Médica.
- WHO Collaborating Centre for Health Palliative Care Programmes. The Quality End of Life Observatory.
- Organización Médico Colegial.
- Estrategias en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.
- Fundación de Investigación en Servicios Sanitarios. Valencia.
- Hospital Clínic y Provincial de Barcelona.
- Hospital del Mar. Barcelona.
- Institut Català d'Oncologia. Barcelona.
- Asociación Española contra el Cáncer.
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Curia Provincial de Aragón. San Rafael. Dirección de Proyectos e Innovación.
- Pla Director d'Oncologia. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- School of Pharmacy. University of London. Reino Unido.

Líderes profesionales promotores

- Dr. Emilio Alba. Presidente SEOM.
- Emilia Arrighi. Fundació Josep Laporte

- Dr. Josep Maria Borràs. Director Pla Director d'Oncologia.
- Dr. Josep Ramon Germà. Director del Departamento de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia.
- Dr. Ismael Herruzo. Presidente SEOR.
- Dra. Maria Dolors Navarro Rubio. Fórum Català de Pacientes
- Prof. David Taylor. Pharmacy & Health Policy. School of Pharmacy. University of London. Reino Unido

Líderes profesionales consultados

- Sra. Ana Fernández Marcos. Asociación Española Contra el Cáncer.
- Dra. Isabel orbe. Asociación Española Contra el Cáncer.
- Dr. Raimon Belenes. Consejero Delegado. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
- Dr. Xavier Bosch. Jefe de Servicio de Epidemiología y Registro del Cáncer. Instituto Catalán de Oncología.
- Dr. Xavier Castells. Director Institut Municipal d'Assistència Sanitaria (IMAS). Hospital del Mar. Barcelona.
- Dra. Tàrsila Ferro García. Coordinadora de Planificació. Pla Director d'Oncologia. ICO.
- Dra. Joana Gabriele. Directora Foro Español de Pacientes. Fundació Josep Laporte.
- Dra. Isabel González. Jefe de Servicio de Radiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante.
- Dr. Marcelo Jiménez. Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Salamanca
- Dr. Mariano Provencio. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid).
- Dr. Jordi Trelis. Director Institut Català d'Oncologia Hospitalet de Llobregat.
- Dr. Pere Gascón. Jefe de Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
- Dr. Antoni de Lacy. Jefe de Servicio de Cirugía Gastrointestinal. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
- Dr. Ricard Meneu de Guillerna. Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios. Valencia.
- Sr. Francesc Moreu. Consultor.
- Prof. Stephan Neidle. Professor of Chemical Biology. School of Pharmacy, University of London. Reino Unido.
- Dr. Salvador Peiró. Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios. Valencia.
- Dr. Francisco Real. Jefe de Grupo Carcinogénesis Epitelial. CNIO.
- Dr. Nils Wilking. Karolinska Institutet. Stockholm. Suecia.

2.1. Prevención

Recuerda que el horizonte de predicción de deseo y de pronóstico es de 5 años.

2.1.1. Prevención basada en estilos de vida y educación sanitaria

2.1.1.1. Hábito tabáquico

El tabaco constituye en la actualidad el agente carcinógeno conocido más agresivo y responsable de la mayor causa prevenible de mortalidad.

2.1.1.1. Diría usted que en el horizonte de los próximos 5 años la normativa de prevención del tabaquismo (indique su deseo y su pronóstico puntuando en ambos casos de 1 – rechazo total a lo que se le propone – a 7, fuerte deseo o identificación con lo que se propone)

- a) Se endurecerá la legislación antitabáquica y se aplicará con tolerancia cero en todo el Estado.
- b) La prohibición se aplicará de forma desigual en las diferentes CCAA.
- c) Prevalecerá la legislación actual que tolera el hábito tabáquico en lugares de restauración.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.1.2. En este mismo horizonte temporal de 5 años, diría usted que (indique su deseo y su pronóstico puntuando en ambos casos de 1 – rechazo total a lo que se le propone – a 7, fuerte deseo o identificación con lo que se propone)

- a) El tabaquismo se considerará una adicción.
- b) El tabaquismo recibirá tratamiento específico como adicción y éste será financiado parcial o totalmente por las CCAA.
- c) La prevalencia del hábito tabáquico en la población española se mantendrá parecida a la actual de un 25 % de la población.
- d) La prevalencia del hábito tabáquico se reducirá por debajo del 15%.
- e) La prevalencia del hábito tabáquico aumentará por encima del 35%.
- f) Se priorizará la cobertura sanitaria de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos en función de la posibilidad de que el paciente abandone el hábito tabáquico.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.1.2. Obesidad

2.1.1.2.1. Para el 2015 se pretende que un 30% de la población haga ejercicio por lo menos 40 minutos por sesión tres veces por semana. Indique su deseo y su pronóstico puntuando en ambos casos de 1 – rechazo total a lo que se le propone – a 7, fuerte deseo o identificación con lo que se propone:

a) Más de un 30% de la población cumplirá este objetivo.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

b) Menos de un 30% de la población cumplirá este objetivo.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

c) Se conseguirá el objetivo de que un 30% de la población haga un promedio de 40 minutos de ejercicio tres veces por semana.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.1.3. Hábito alcohólico

2.1.1.3.1. En el horizonte temporal de esta consulta exprese su “deseo” (lo que usted quiere que ocurra) y su “pronóstico” (lo que usted cree que realmente ocurrirá con independencia de lo que desee) puntuando respectivamente entre 1 –No desea o no cree que vaya a suceder– a 7, desea o cree que va a suceder en relación a que:

a) Se mantendrá el mensaje que recomienda un “consumo moderado”.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

b) Se propondrán recomendaciones de abstinencia total.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

c) La educación sanitaria se centrará en la población adolescente y juvenil.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

d) Aumentarán los impuestos asociados a las bebidas alcohólicas.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

e) Se priorizará la cobertura sanitaria de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos en función de la posibilidad de que el paciente abandone el hábito alcohólico.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.1.3.1 Indique, por favor, puntuando entre 1 y 7 (1 = no pasará en absoluto y 7 = pasará con toda seguridad) su pronóstico para los próximos 5 años.

a) Incremento del actual porcentaje de fumadores.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

b) Incremento del consumo de tabaco en lugares públicos.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

c) Incremento del consumo excesivo de alcohol (más de 4 copas diarias en hombres y más de dos copas diarias en mujeres).

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

d) Incremento de la actual prevalencia de la obesidad (medida por el índice de masa corporal, IMC).

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

e) Incremento en la adopción de estilos de vida saludables por parte de la población.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

f) Incremento de la implantación de los sistemas de detección de sustancias carcinógenas ambientales y laborales, incluidas las radiaciones

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.2. Prevención terapéutica

2.1.2.1. Diagnóstico precoz

2.1.2.1.1. Exprese su "deseo" y su "pronóstico" en relación a las siguientes predicciones que se sugieren en el horizonte de los próximos 5 años (puntúe "deseo" y "pronóstico", respectivamente entre 1 = no deseo o no pasará en absoluto y 7 = deseo o pasará con toda seguridad):

- La población estará mejor informada sobre las estrategias de prevención y diagnóstico precoz del cáncer.
- Los dispositivos de Atención Primaria se implicarán más en las actividades preventivas basadas en el consejo antitabáquico y el consejo antialcohólico.
- Los dispositivos de Atención Primaria se implicarán más en el diagnóstico precoz del cáncer.
- Los dispositivos de Atención Primaria incrementarán su nivel de resolución contribuyendo a reducir los tiempos de demora desde el diagnóstico de sospecha al diagnóstico de confirmación.
- El sistema de salud incentivará las estrategias de cribado y de diagnóstico precoz.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.2.1.2. Exprese su "deseo" y su "pronóstico" de ocurrencia (puntuando respectivamente entre 1 = no deseo o no pasará en absoluto y 7 = deseo o pasará con toda seguridad) de las siguientes predicciones:

- La cobertura poblacional del cribado de cáncer de mama habrá alcanzado en España el 100% de la población para la que esté indicado.
- La cobertura poblacional en las mujeres entre 30 y 50 años será de por lo menos 1 citología en los últimos tres años.
- Las estrategias de cribado cubrirán a toda la población que se puede beneficiar de las mismas con independencia de su nivel socioeconómico.
- Las vacunas contra los virus asociados al cáncer aportarán cambios significativos en su incidencia.
- La utilización de suplementos alimenticios, vitaminas y productos similares aumentarán en la población con la finalidad de prevenir el cáncer.
- El número de personas que solicitarán análisis de riesgo genético aumentará.
- El número de personas, especialmente fumadores, que solicitarán un TAC para el diagnóstico precoz de un cáncer de pulmón aumentará.
- El número de personas que se harán una colonoscopia después de los 50 años aumentará.
- Se desarrollarán estrategias específicas de quimioprevención.
- Se abandonará la medida del PSA como estrategia de cribado del cáncer de próstata.
- Se dispondrá de registro de tumores que permitan la realización de estudios epidemiológicos a nivel del SNS.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.2.2. Supervivencia y cronicidad

2.1.2.2.1. Exprese su “deseo” y su “pronóstico” en relación a las siguientes predicciones que se sugieren respecto a los pacientes que sobreviven más de 5 años desde el diagnóstico inicial de un cáncer y teniendo como referencia el horizonte de los próximos 5 años (puntúe “deseo” y “pronóstico”, respectivamente entre 1 = En absoluto desacuerdo y 7 = en absoluto acuerdo):

- La mayoría de tumores se convertirán en una enfermedad crónica.
- El riesgo cardiovascular de los pacientes oncológicos supervivientes crónicos es mayor que el de las personas de su misma edad que aún no han padecido un cáncer.
- La presencia de toxicidad o de síntomas atribuibles a la quimioterapia se prolongará más allá de 5 años en la mayoría de tumores.
- El manejo clínico integral y el seguimiento de los pacientes supervivientes crónicos será responsabilidad de un oncólogo.
- El manejo clínico integral y el seguimiento de los pacientes supervivientes crónicos será responsabilidad de un especialista en medicina interna.
- El manejo clínico integral y el seguimiento de los pacientes supervivientes crónicos será responsabilidad de un especialista en atención primaria.
- El manejo de los pacientes supervivientes incluirá la atención psicológica para reducir el estrés emocional, la ansiedad y la depresión como signos vitales.
- El manejo de los pacientes supervivientes incluirá la atención social.
- Se dispondrá de guías de práctica clínica específicas para el manejo clínico de los pacientes supervivientes crónicos.
- Se priorizará la investigación sobre los cambios en la presentación de tumores como efecto de la cronificación y los nuevos riesgos de recurrencia a medio y largo plazo.
- Las autoridades sanitarias diseñarán planes específicos de atención a los supervivientes

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.1.2.3. Biomarcadores

En el horizonte de 5 años de esta consulta se espera que el diagnóstico y el manejo clínico del cáncer se beneficie en gran medida de la utilización de biomarcadores en cada fase de la enfermedad.

2.1.2.3.1. ¿Qué nivel de predicción otorgaría usted –en el curso de los próximos 15 años– a las siguientes expectativas? (Puntúe entre 1 (muy baja predictibilidad) y 7 (la mayor predictibilidad)).

- Predicción del riesgo de invasión del tumor.
- Mejora de la toma de decisiones clínicas basadas en la predicción de los resultados asociados a cada opción terapéutica.
- Aportación de información esencial para elegir entre las opciones de tratamiento activo versus observación expectante.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

- d) Aportación de información esencial para elegir entre la cirugía versus otras opciones terapéuticas menos o no invasivas.
- e) Pérdida de preeminencia de la valoración histológica de los tejidos como único referente diagnóstico definitivo.
- f) Guiarán la elección de terapias personalizadas.
- g) Permitirán la detección de individuos asintomáticos.
- h) Permitirán identificar anticipadamente pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de determinadas opciones terapéuticas.
- i) Permitirán evitar intervenciones innecesarias en los falsos positivos.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.2. Investigación e Innovación

Recuerde que el horizonte de predicción de deseo y de pronóstico es de 5 años.

2.2.1. Quimioterapia

2.2.1.1 Manifieste su rechazo, indiferencia o adhesión a los siguientes pronósticos (puntúe: rechazo –de 1 a 3–, indiferencia –de 4 a 5–, adhesión –de 6 a 7–).

- a) Las restricciones presupuestarias frenarán la investigación para el tratamiento de tumores raros y los de mal pronóstico.
- b) Los tratamientos basados en dianas moleculares específicas no permitirán tratar los tumores de mayor prevalencia.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.2.1.2. Manifieste su rechazo –1 a 3–, indiferencia –de 4 a 5– o adhesión –de 6 a 7– a los siguientes pronósticos sobre la priorización de la investigación farmacoterapéutica en los próximos 5 años: Se priorizarán...

- a) Las terapias basadas en las dianas moleculares específicas.
- b) La reducción del crecimiento tumoral.
- c) La inhibición de la angiogénesis.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

Indique su pronóstico acerca de la menor o mayor influencia de las siguientes tendencias en el éxito de nuevos fármacos en su fase de desarrollo. Puntúe de 1 –la menor influencia– a 7, la mayor influencia:

- a) Mantenimiento de la no disponibilidad de biomarcadores efectivos de seguimiento.
- b) Utilización del uso compasivo como estrategia de ensayo clínico.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

- c) Formación adecuada de los profesionales en la metodología de ensayo clínico.
- d) Priorización de la realización de ensayos clínicos en pacientes frágiles con elevada co-morbilidad.
- e) Apertura de los criterios de inclusión de los ensayos clínicos a un mayor número de pacientes con diferentes pronósticos.
- f) Aumento de los ensayos clínicos en fase II.
- g) Restricción de la realización de ensayos clínicos a centros de referencia específicamente acreditados para este tipo de investigación.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.2.2. Diagnóstico y seguimiento por imagen

Los avances en diagnóstico por la imagen podrían contribuir a un diagnóstico más precoz de la presencia y de la extensión de la enfermedad y a un mejor seguimiento de los pacientes.

2.2.2.1. Indíquenos, por favor, sus “deseos” y sus “pronósticos” –puntuando en ambos casos de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a las siguientes hipótesis de integración de innovaciones en la práctica clínica:

- a) Se utilizará la colonoscopia guiada por tomografía en el diagnóstico del cáncer colorrectal.
- b) El TC (Tomografía Computerizada) multicorte se impondrá como estrategia de elección en el seguimiento de los tumores.
- c) El TC (Tomografía Computerizada) y la RM (Resonancia Magnética) se verán sustituidos progresivamente por el equipamientos mixtos PET-TC (Tomografía por Emisión de Positrones – Tomografía Computerizada) y PET-RM (Tomografía por Emisión de Positrones – Resonancia Magnética).
- d) EL PET-TC (Tomografía por Emisión de Positrones – Tomografía Computerizada) se aplicará a los diagnósticos de cáncer para el estadiaje de la mayoría de tumores.
- e) El PET-TC (Tomografía por Emisión de Positrones – Tomografía Computerizada) será la prueba de elección para el seguimiento de la mayoría de tumores.
- f) Se introducirán nuevos marcadores específicos de tumor en la realización del PET (Tomografía por Emisión de Positrones).
- g) Se precisarán más ciclotrones para la producción de marcadores específicos.
- h) El SNS no podrá dar cobertura universal a todas las innovaciones en tecnología de diagnóstico por la imagen.
- i) Se producirá una integración funcional entre los servicios de oncología y los de diagnóstico por la imagen como consecuencia de la necesidad de conseguir una mayor especialización del proceso asistencial.
- j) Se producirá una integración entre los servicios de diagnóstico por la imagen y los de anatomía patológica para acortar el tiempo de duración del proceso diagnóstico.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

k) Existirá un déficit de profesionales del diagnóstico por la imagen.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

l) El diagnóstico por la imagen requerirá de una mayor especialización de los profesionales por tipo de tumor y por complejidad de la técnica diagnóstica.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.2.3. Radioterapia oncológica

Los avances tecnológicos de la radioterapia oncológica contribuyen de manera creciente a la mejora de la calidad asistencial aportando una precisión sin precedentes en la liberación de dosis, la resolución de la demarcación de los tejidos dañados y la reducción de los efectos secundarios.

2.2.3.1. Indíquenos, por favor, sus "deseos" y sus "pronósticos" –puntuando en ambos casos de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a las siguientes hipótesis de integración de innovaciones en la práctica clínica

a) Radioterapia en tres dimensiones.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

b) Radioterapia con IMPT (Radioterapia de Intensidad Modulada).

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

c) Radioterapia guiada por imagen.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

d) Sustitución de la tecnología de isótopos por nanopartículas.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.2.3.2. En el horizonte de 5 años exprese su deseo y su pronóstico del 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad, en relación a las siguientes alternativas:

a) Se mantendrá el déficit de equipamiento y no se podrán atender todas las necesidades.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

b) Se corregirá el déficit de equipamiento y se podrán atender todas las necesidades.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

c) Se priorizará la reposición de equipo obsoleto frente a la adopción de innovaciones.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

d) Se consolidarán fórmulas mixtas de financiación y mantenimiento de equipamientos radiológicos público-privados.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.2.4. Cirugía oncológica

2.2.4.1 Indique su "deseo" y su "pronóstico" –puntuando de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a las siguientes afirmaciones:

a) En el curso de los próximos 5 años los estudios preoperatorios y de estadiaje permitirán definir mejor las zonas de extirpación quirúrgica.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

b) La innovaciones en quimioterapia preoperatoria y adyuvante permitirán realizar operaciones quirúrgicas más delimitadas a la zona tumoral con mayores márgenes de preservación de tejido sano.

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

- c) La cirugía será cada vez más una estrategia de abordaje paliativo de las consecuencias de los procesos expansivos.
- d) Se promoverán estrategias quirúrgicas basadas en la extirpación de masa tumoral por orificios naturales.
- e) Se promoverán estrategias quirúrgicas menos invasivas.
- f) La adopción de sistemas robotizados, tipo Da Vinci, tendrán grandes aplicaciones en cirugía oncológica.
- g) La habilidad del cirujano seguirá prevaleciendo como estrategia terapéutica que más influirá positivamente en los resultados clínicos obtenidos en el tratamiento de tumores e indicación quirúrgica.
- h) La patología quirúrgica oncológica seguirá protocolos específicos basados en "checklists" y los resultados de la misma serán medidos según indicadores de calidad.
- i) Las simulaciones quirúrgicas formarán parte de los estándares de formación de los cirujanos residentes.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3. Organización de la atención diagnóstica y terapéutica

Recuerda que el horizonte de predicción de deseo y de pronóstico es de 5 años.

2.3.1. Atención integrada y multidisciplinar

La Estrategia del Cáncer del Plan de Calidad vigente, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud propone un punto de inflexión en la evolución de la asistencia oncológica al señalar la atención diagnóstico-terapéutica integrada y multidisciplinaria como la opción organizativa de elección en el futuro inmediato.

La atención integrada multidisciplinar emerge en los últimos años como evolución de los "comités de tumores", como respuesta organizativa innovadora a la complejidad del manejo del paciente oncológico y ante la creciente aparición incremental de innovaciones en las diferentes áreas: prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Esta forma organizativa propone el tratamiento de los pacientes en el marco de un equipo multidisciplinario, lo que diluye las "fronteras" de los servicios hospitalarios tradicionales.

2.3.1.1. ¿Convendría usted con las siguientes predicciones? Indique su rechazo o adhesión –puntuando entre 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– a los siguientes pronósticos.

a) El modelo asistencial integral y multidisciplinar propuesto constituirá una prioridad explícita de la política sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS):

- a.1) En menos de 5 años.
- a.2) Entre 5 y 10 años.
- a.3) En más de 10 años.
- a.4) No constituirá una prioridad de la política sanitaria del SNS.

| | | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|--|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |

b) La consolidación organizativa del modelo referido permitirá:

- b.1) Mayor coordinación entre centros asistenciales.
- b.2) Mejores tasas de supervivencia.
- b.3) Mejoras en la calidad asistencial.
- b.4) Promover los centros de referencia.
- b.5) Mejoras en la longitudinalidad y la continuidad asistencial.
- b.6) Disminución de la variabilidad clínica.
- b.7) Unificación de criterios asistenciales por patología/tumor.
- b.8) Reducción demoras a lo largo del trayecto asistencial.
- b.9) Mejora del acceso a ensayos clínicos de fase II y III.
- b.10) Mejora de la adherencia a protocolos y oncoguías.

| | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3.1.2. Revélenos sus “deseos” y sus “pronósticos” –puntuando de 1 a 7 en cada caso– en relación a las siguientes predicciones:

- a) El sistema centrado en los servicios tradicionales puede constituir un obstáculo organizativo para la implantación del modelo integrado y multidisciplinar.
- b) La ausencia de incentivos organizativos adecuados, mantendrá la práctica de la gestión unilateral individualizada de los procesos oncológicos en detrimento de la atención integrada y multidisciplinar.
- c) Ambos sistemas coexistirán.

| | | | | | | | NS/NC | |
|------------|---|---|---|---|---|---|-------|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3.1.3. Si cree usted que en el próximo futuro se implantará en el SNS el modelo organizativo integrado y multidisciplinar, indique la fuerza que usted otorgue al impacto de cada uno de los siguientes factores en su implantación. Puntúe ente 1 y 7, siendo 1 – 3 bajo impacto y 6 – 7 alto impacto. Si no lo cree, omita contestar esta batería de preguntas.

- a) Legitimación de liderazgo clínico por conocimiento, experiencia y competencias y no por ubicación jerárquica en la jefatura de servicio
- b) Aparición de la figura del gestor de casos individual a lo largo del recorrido asistencial.
- c) Existencia de un oncólogo tutor como único referente del paciente.
- d) Reconocimiento explícito de la dedicación asistencial de los miembros del equipo multidisciplinar.

| | | | | | | | NS/NC | |
|------------|---|---|---|---|---|---|-------|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3.1.4. Indique, por favor, sus “deseos” y sus “pronósticos” –puntuando en cada caso de 1 = no deseo o no pasará en absoluto y 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a la ocurrencia de que la decisión de iniciar un tratamiento oncológico corresponderá a:

- a) Una unidad oncológica pluridisciplinar.
- b) Un comité de tumores.
- c) Un servicio de oncología.

| | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

- d) Un oncólogo.
- e) Un médico de otra especialidad debidamente cualificado y registrado.

| | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3.2. Quimioterapia

A pesar de que la quimioterapia citotóxica sistémica ha experimentado una mejora y su utilización continúa en aumento, este tipo de quimioterapia ofrece limitaciones de tolerancia, resistencias, selectividad y toxicidad.

2.3.2.1. Exprese, por favor, su "deseo" y su "pronóstico" –puntuando en ambos entre 1 = no deseo o no pasará en absoluto y 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a las siguientes predicciones en el horizonte de 5 años de esta consulta.

- a) El conocimiento de la experiencia asistencial y los resultados presentados (patient reported outcomes) por los pacientes será un referente esencial para la adopción de nuevas estrategias terapéuticas.
- b) Los sistemas de farmacovigilancia o farmacoepidemiología ofrecerán información para la toma de decisiones clínicas apropiadas.
- c) Se registrarán y analizarán los episodios significativos (case events) de toxicidad experimentados por los pacientes.
- d) Se posibilitará la demarcación selectiva de la masa tumoral respecto a los tejidos sanos.
- e) Se registrarán y analizarán los fallecimientos ocurridos en los 30 días posteriores al inicio de la quimioterapia.

| | | | | | | | NS/NC | |
|------------|---|---|---|---|---|---|-------|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3.3. Evaluación y benchmarking

En la actualidad, aún se observan resistencias a la evaluación sistemática de la actividad clínica y el cumplimiento de los objetivos organizativos, terapéuticos y de calidad asistencial fijados por las políticas contra el cáncer definidas por instituciones y planes oncológicos.

2.3.3.1. Exprese su deseo y su pronóstico –puntuando de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a las siguientes afirmaciones, en el horizonte de la consulta (5 años):

- a) Se trabajará sin una evaluación explícita de la actividad y de los resultados clínicos obtenidos.
- b) Se adoptará la cultura de la evaluación en el manejo del paciente oncológico y en la medida de los resultados clínicos del proceso asistencial.
- c) Se incluirán en la metodología evaluadora dimensiones que permitan medir la experiencia asistencial de los pacientes.

| | | | | | | | NS/NC | |
|------------|---|---|---|---|---|---|-------|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

El debate acerca de las ventajas asociadas a modelos de atención oncológica adolece de datos obtenidos mediante procesos rigurosos de evaluación.

2.3.3.2. En el horizonte de 5 años de esta consulta, diría usted que (puntuando su predicción entre 1 = no pasará y 7 = pasará):

- a) Su valoración se realizará por organizaciones externas de acreditada independencia.
- b) Participará en su diseño el movimiento asociativo de pacientes.
- c) Participarán en su diseño las organizaciones de las profesiones oncológicas.
- d) Participarán en su diseño los organismos financiadores.
- e) Los resultados de las evaluaciones se harán públicos sin restricciones de acceso para los ciudadanos.

| | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

El intercambio de información clínica a nivel estatal entre centros y CC.AA y en el ámbito de los Estados de la UE supondrá un importante impulso para el avance de la atención oncológica al proporcionar indicadores homogéneos de acceso, estructura, proceso y resultados.

2.3.3.3. Diría usted (puntuando entre 1 – 3, no muy convencido, 4 – 6, con dudas y 7, totalmente convencido) que en el horizonte de 5 años...

- a) Se adoptarán las recomendaciones de la estrategia nacional por parte de las CC.AA de compartir información.
- b) La acreditación de centros de referencia exigirá la publicación de los resultados clínicos obtenidos.
- c) En Europa se materializarán las recomendaciones de la Comisión de las Comunidades Europeas sobre la implantación de un sistema que permita realizar benchmarking y compartir información.

| | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3.4. Recursos humanos

2.3.4.1. Indique su pronóstico –puntuando de 1 (no ocurrirá en absoluto) a 7 (máxima probabilidad de ocurrencia)– sobre la influencia de los factores que se proponen a continuación sobre la evolución de la oferta de oncólogos, especialistas implicados en el manejo del cáncer y personal de enfermería, así como en la organización de las tareas profesionales.

- a) Envejecimiento de los actuales contingentes que están prestando servicio.
- b) Retraso de la jubilación.
- c) Feminización de las profesiones sanitarias implicadas en oncología.
- d) Inmigración de profesionales.
- e) Movilidad laboral en el ámbito de la UE.
- f) La aplicación de la Directiva Europea sobre el tiempo de trabajo.

| | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.3.5. Implicación del paciente en el recorrido asistencial

La implicación del paciente en el tratamiento mediante una buena comunicación con el profesional sanitario acerca de las correspondientes decisiones, pruebas y efectos del tratamiento constituye una componente clave de la calidad asistencial.

2.3.4.1. Exprese su deseo de que ocurran y su pronóstico de que efectivamente ocurrirán las siguientes mejoras asistenciales (puntúe cada valoración entre 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad).

- a) Se tendrán en cuenta y se respetarán los testamentos vitales.
- b) Se prestará atención psicosocial en los centros sanitarios.
- c) Se facilitará información personalizada para el paciente.
- d) Se activarán teléfonos de consulta 24 horas de urgencias específicas con acceso a la historia clínica del paciente.
- e) Las redes sociales por Internet contribuirán a la mejora de la práctica asistencial.
- f) Los diferentes niveles asistenciales estarán coordinados entre sí en la atención al paciente.
- g) Información comprensible y adaptada sobre el diagnóstico y su posible evolución.
- h) Respeto sin excepción a la privacidad y confidencialidad del paciente.
- i) Explicación comprensible y detallada de los objetivos del tratamiento y los posibles efectos secundarios.
- j) Respeto a los valores y las convicciones religiosas del paciente.
- k) Consideración de los aspectos sociales y del entorno personal del paciente.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.4. Cuidados Paliativos

Recuerde que el horizonte de predicción de deseo y de pronóstico es de 5 años.

Los cuidados paliativos deben proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada o terminal, y a sus familiares, una atención integral personalizada, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo.

2.4.1. Organización

2.4.1.1. Indique sus "deseos" y sus "pronósticos" –puntuando de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a la ocurrencia de las siguientes predicciones en el curso de los próximos 5 años.

- a) Se proporcionará a los pacientes una atención basada en las mejores prácticas y en los resultados científicos disponibles.
- b) La prestación de servicios paliativos se realizará mediante la coordinación de niveles asistenciales y recursos sanitarios y sociales eliminando barreras administrativas y funcionales.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.4.2. Formación

2.4.2.1. Indique sus “deseos” y sus “pronósticos” –puntuando de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a la ocurrencia de las siguientes situaciones.

- a) Los profesionales del sistema sanitario tendrán acceso y recibirán formación continuada para detectar, atender o dar respuestas a las necesidades de cuidados paliativos.
- b) Los profesionales que pertenecen equipos específicos de cuidados paliativos deberán poseer una formación específica basada en competencias.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.4.3. Autonomía del paciente

2.4.3.1. Indique su “deseo” de ocurrencia y su “pronóstico” –puntuando de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– en relación a las siguientes proposiciones.

- a) Aplicación escrupulosa de los principios bioéticos y el respeto a la autodeterminación del paciente en concordancia con la Ley de Autonomía del Paciente y la normativa específica de las CCAA.
- b) Los gobiernos central y autonómicos respetarán y harán respetar el derecho al acceso de los enfermos y su entorno familiar a equipos y prestaciones de cuidados paliativos.
- c) Las prestaciones de cuidados paliativos se explicitarán específicamente en el catálogo de prestaciones universales de la sanidad pública.
- d) Quienes se encuentren en una fase avanzada de la enfermedad con un importante sufrimiento y deterioro irreversible de salud tendrán derecho a solicitar y recibir un fallecimiento medicamente asistido.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.5. Financiación, Sostenibilidad y Acceso a la Innovación

Recuerde que el horizonte de predicción de deseo y de pronóstico es de 5 años.

2.5.1. Cobertura universal y gratuita

2.5.1.1. Diferencie, por favor, su “deseo” de su “pronóstico” (puntuando de 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad) sus expectativas en relación a:

- a) Los pacientes se beneficiarán del acceso a la innovación farmacológica, radiológica y quirúrgica que haya evidenciado una aportación terapéutica destacada sin desigualdades de clase social ni restricciones territoriales.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.5.2. Financiación de I+D+i

2.5.2.1. Exprese su grado de adhesión o de deseo de ocurrencia y su pronóstico – puntuando respectivamente entre 1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad– las siguientes predicciones.

- a) La incorporación de innovaciones oncológicas generará un problema de sostenibilidad en la financiación del SNS.
- b) La sostenibilidad de la financiación de la investigación en tiempos de crisis económica requerirá establecer y consolidar fórmulas sólidas de partenariados público-privados basados en sus respectivas fortalezas estratégicas y ventajas competitivas.

| | | | | | | | | NS/NC |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

- c) No todas las innovaciones diagnósticas y terapéuticas (con un mejor perfil de eficacia y seguridad) serán cubiertas con financiación pública para todos los pacientes que se puedan beneficiar.
- d) Se generarán incentivos públicos para realizar investigación independiente sin atractivo comercial.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.5.2.2. ¿Diría usted que en España la investigación que se describe va a recibir en los próximos 5 años atención y financiación adecuada (exprese su deseo y su pronóstico (1 = no deseo o no pasará en absoluto a 7 = deseo o pasará con toda seguridad) en relación a las siguientes alternativas?

- a) La investigación sobre las desigualdades de acceso, tratamiento y resultados por parámetros de discriminación potencial (lugar de residencia, edad, religión, etnia, género...).
- b) La investigación sobre las diferencias en la predisposición y exposición a carcinógenos.
- c) La investigación sobre las diferencias en la predisposición a comportamientos de riesgo por clase social, etnia, sexo y religión.

| | NS/NC | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Deseo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.5.3. Desigualdades individuales

La prevalencia de los factores de riesgo conocidos es mayor en las áreas desfavorecidas económicamente y, en consecuencia, se pueden trasladar las desigualdades socio-económicas a la incidencia del cáncer y a la mortalidad asociada.

2.5.2.1 ¿Cuál es su pronóstico acerca de si se van a realizar acciones y estrategias específicas orientadas a la disminución de las mencionadas desigualdades? Puntúe, por favor, entre 1 (el peor pronóstico) y 7 (el pronóstico más favorable).

- a) Se eliminarán las desigualdades en relación al acceso a las estrategias de cribado y diagnóstico precoz.
- b) Se eliminarán las desigualdades en relación al acceso al tratamiento oncológico apropiado.
- c) Se determinarán y medirán indicadores de calidad asistencial basados en el manejo clínico de los pacientes (selección de pruebas diagnósticas y opciones terapéuticas).
- d) Se determinarán y medirán indicadores de calidad asistencial basados en los resultados clínicos obtenidos.

| | NS/NC | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.5.4. Desigualdades territoriales

2.5.4.1. ¿Diría usted que ahora mismo existe en España desigualdad territorial en el acceso a las innovaciones terapéuticas autorizadas? Señale con una cruz su respuesta.

- a) Si.
- b) No.

| | NS/NC | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.5.3.2. Si cree que existe alguna forma de desigualdad o inequidad territorial de acceso a la innovación terapéutica, puede indicar cuál es su pronóstico a 5 años vista en relación a (puntúe su respuesta entre 1 y 7):

- a) Se resolverá la actual desigualdad.
- b) Se mantendrá sin resolver la desigualdad territorial de acceso.
- d) El acceso a medicamentos de última generación se resolverá con criterios distintos del criterio del coste-efectividad.
- c) Se resolverá mediante la adopción de criterios coste-efectividad.
- e) Se generalizarán los contratos de riesgo compartido entre el financiador público y el innovador, ajustando el precio a reembolsar en función de la efectividad demostrada en la práctica clínica habitual.
- f) En ausencia de procedimientos consensuados de financiación de la innovación, se impondrá la presión organizada de las redes sociales y la decisión política del momento.

| | | | | | | | NS/NC |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

2.6. Cuestiones Abiertas

Cite los tres cambios más importantes en atención oncológica que se han producido en los últimos 5 años

1. _____

2. _____

3. _____

Cite las tres áreas de mejora que Ud. cree que se deben producir en la Atención Oncológica en los próximos 5 años

1. _____

2. _____

3. _____

Muchas gracias por su valiosa colaboración
¿Desea aparecer como co-autor del Informe a que
dará lugar esta consulta?

Si

No

www.fundsis.org

