



## I ENCUENTRO VIRTUAL SALUD 2000. ONCOLOGÍA

**Abril 2013**

La Oncología Médica es una especialidad que se ocupa del tratamiento sistémico de los tumores. Puesto que en el origen de los tumores subyace un mecanismo que es fundamentalmente genético, la oncología tiene especial relación con la genética y la investigación básica. Fruto de esta investigación básica, y de su posterior aplicación a tumores concretos (investigación translacional) se están desarrollando nuevas posibilidades de tratamientos que pueden ayudar a nuestros pacientes. El conocimiento de estas nuevas posibilidades y sus ámbitos de aplicación son imprescindibles para poder ofrecer a cada paciente el mejor tratamiento para su enfermedad. [Dra. Ruth Vera](#)



*La Dra. Ruth Vera es Jefe de Servicio de Oncología Médica desde hace 9 años en el Hospital de Navarra así como profesor asociado en la*

*Universidad de Navarra. Desempeña tanto labores asistenciales como de gestión del servicio y de investigación. Su actividad se focaliza principalmente en el área de Tumores Digestivos (fundamentalmente cáncer colorrectal) y tumores de la esfera ORL.*

El cáncer colorrectal es un problema de salud pública importante, en Europa se estima que cada año se diagnostican más de 400.000 nuevos casos y fallecen más de 200.000 personas por esta enfermedad. Casi el 25% de los pacientes con cáncer colorrectal presentan metástasis al diagnóstico, y entre el 40-50% de los restantes, las desarrollarán durante el curso de su enfermedad. El hígado es la localización más frecuente de metástasis. Los avances médicos y quirúrgicos, y sobre todo, la formación de equipos multidisciplinares, han permitido que las tasas de curación y de supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal hayan aumentado en los últimos años. [Dra. Carmen Guillén](#)



*La Dra. Carmen Guillén es Facultativo Especialista de Oncología Médica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Desde julio de 2004 a enero de 2009 trabajó en*

*el Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche. Ha sido Secretaria Científica de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2005/2007). Actualmente, es coordinadora de la Sección SEOM de Cáncer Hereditario (desde 2010). Es miembro de la Comisión de Tumores, del Comité de Ética Asistencial y del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal.*



**1. Dado que el cáncer de mama puede tener un factor hereditario ¿puede ser más proclive a padecerlo una mujer con antecedentes en la rama materna, en la rama paterna, o este dato de diferenciación familiar paterna y materna resulta indiferente?**

**Dra. Vera.** La mayoría de los casos de cáncer de mama debidos a una predisposición genética hereditaria, se deben a mutación de los genes BRCA 1/2. La probabilidad de transmisión del gen alterado en una gestación natural, sigue una herencia autosómica dominante, lo que significa que hay un 50%, al azar, de transmitir esa mutación, independientemente del sexo (hombre/mujer). La diferencia está en que un hombre portador tiene mucha menor probabilidad de desarrollar el cáncer si tiene la mutación genética, a diferencia de una mujer, pero puede transmitir esa predisposición con igual probabilidad.

**Dra. Guillén.** No se dispone de datos concluyentes que indiquen que la herencia de una mutación germinal (hereditaria) por línea materna o paterna implique un mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad (cáncer de mama u otros tipos de cánceres) asociada a la mutación; en otras palabras, la penetrancia de la enfermedad (que es el riesgo de padecer un determinado tipo de cáncer en un portador de una mutación genética hereditaria) no se ha demostrado que claramente cambie en función de que la mutación se transmita por rama materna o paterna.

En un estudio publicado recientemente (Senst N, et al. Parental origin of mutation and the risk of breast cancer in a prospective study of women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. Clin Genet. 2012 Oct 15. doi: 10.1111/cge.12037. [Epub ahead of print]), se estimó el riesgo de cáncer de mama en mujeres portadoras de una mutación patogénica en los genes BRCA1 y BRCA2 según el origen parental de la mutación. Se incluyeron más de 1500 mujeres portadoras de mutación en el gen BRCA1 y 369 mujeres con mutación del gen BRCA2 que habían sido diagnosticadas previamente de un cáncer de mama o de ovario. El riesgo de cáncer de mama fue modestamente superior en las mujeres con mutación de BRCA1 heredada por línea paterna en comparación con las mujeres que tenían la mutación de BRCA1 heredada por línea materna; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El origen parental de la mutación no afectó al riesgo en las mujeres con mutaciones de BRCA2. Otros trabajos también han sugerido que podría haber un incremento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres con mutaciones de BRCA1 por línea paterna respecto al origen por rama materna de la mutación, pero los resultados no son concluyentes en muchos de los trabajos publicados, y no justifican que se adopten medidas de seguimiento diferentes para estos dos subgrupos de mujeres con mutación de BRCA1.

**2. Como creéis que se va a gestionar el tratamiento de mantenimiento con Moabs en este entorno de crisis económica ? ¿A costa de qué?**

**Dra. Vera.** Los tratamientos en oncología denominados anticuerpos monoclonales son fármacos que suponen un gasto superior a la quimioterapia convencional dentro del espectro de tratamientos del cáncer. El uso de ellos así como el mantenimiento debería ir sujeto a la indicación estricta de su uso con el máximo rigor y sobre todo con la necesaria utilización de biomarcadores que nos indiquen que pacientes se pueden seleccionar para un determinado tratamiento. Obviamente, una buena



gestión de esta medicina personalizada tiene efectos positivos sobre los costes, la supervivencia y la toxicidad ya que selecciona a los pacientes que más se van a beneficiar.

**Dra. Guillén.** En este entorno de crisis creo que lo más importante es la selección adecuada de los pacientes que se beneficiarán de los tratamientos, entre ellos de los anticuerpos monoclonales. La búsqueda de biomarcadores que permitan la individualización terapéutica debe ser una prioridad en el contexto actual, para evitar tratamientos ineficaces y aumentar la seguridad de los mismos en muchos casos.

### **3. Como podríamos mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes tratados de CCRm? Muchas gracias**

**Dra. Vera.** Es muy importante que el paciente conozca exactamente como funciona el fármaco, que efectos secundarios tiene, cuál es su pauta y su forma de administración, qué interacciones posibles podría tener con otro tipo de fármacos y qué es lo que hay que hacer para poder manejar todos los efectos secundarios que puedan aparecer. Por otra parte, es muy importante que el paciente pueda tener acceso fácil al servicio donde se está tratando por ejemplo mediante teléfono, consulta de enfermería, etc. En estos casos vemos que el paciente mejor informado y el paciente que tiene mejor acceso al servicio donde le están tratando es aquel paciente que vamos a conseguir también una mejor adherencia a su tratamiento.

**Dra. Guillén.** El cáncer de colon es una enfermedad muy heterogénea y que afecta a un grupo amplio de población, con diferencias en la extensión de la enfermedad y rangos diversos de edades, comorbilidades y de estado general.

Un estudio publicado muy recientemente (Boland GM, et al. Association between adherence to National Comprehensive Cancer Network treatment guidelines and improved survival in patients with colon cancer. *Cancer*. 2013 Apr 15;119(8):1593-601. doi: 10.1002/cncr.27935. Epub 2012 Dec 21.) demostró mayor beneficio en la supervivencia para los pacientes con cáncer de colon localizado (estadios III y II de alto riesgo) que recibían tratamiento y se adherían a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Estos datos avalan que el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con cáncer de colon se realice de acuerdo a las guías establecidas, lo que permite evaluar y que se comparen los cuidados y los resultados de los tratamientos entre distintas instituciones.

En la mayoría de los pacientes con enfermedad metastásica no está definida a priori la duración del tratamiento, que depende en muchos casos de su eficacia y de la toxicidad del mismo. La selección adecuada de los tratamientos puede favorecer que los pacientes se traten con fármacos más eficaces para ellos y a la vez que sean más seguros en cuanto a que tengan menos efectos secundarios, lo que sin duda facilita la adherencia terapéutica.



**4. ¿Cuál es el futuro próximo en cuanto a nuevos desarrollos y aprobaciones? Perspectivas de cáncer microcítico de pulmón?**

**Dra. Vera.** Muy a nuestro pesar en el momento actual no tenemos datos positivos con nuevos fármacos en el cáncer de pulmón no microcítico. Como dato positivo decir que sí que existe un gran número de estudios en marcha y que esperamos tener pronto datos positivos.

**5. ¿Realmente la Medicina Personalizada se está llevando a cabo en todos los centros? Hay un tratamiento para cada paciente?**

**Dra. Vera.** Cuando hablamos de Medicina Personalizada no hablamos de que tengamos un tratamiento diferente ó un fármaco diferente para cada paciente. En este sentido lo que quiere decir es que en este momento podemos tener biomarcadores en el tumor que nos hacen poder seleccionar qué pacientes se beneficiarán ó no de un tratamiento específico. Un ejemplo claro de esto es la determinación del gen K-RAS en los paciente con cáncer de colon. Lo que quiere decir es que los pacientes en los que tengan una mutación de este gen no se van a beneficiar del tratamiento. Sin embargo sí que lo van a poder hacer los pacientes que este gen esté en lo que se denomina de forma nativa. Este es uno de los ejemplos de lo que llamamos Medicina Personalizada.

**Dra. Guillén.** El incremento del conocimiento de las bases biológicas del cáncer ha llevado a importantes avances en el tratamiento del cáncer por la selección de los tratamientos en función de parámetros biológicos del paciente o de las células tumorales. Los tratamientos en la actualidad tienden a ser cada vez más a la medida del paciente y de las características del tumor que padece, con la intención de ser más eficaces y menos tóxicos.

En todos los centros se practica medicina individualizada, puesto que ya no se entiende una oncología moderna sin la individualización de los tratamientos, aunque en algunos casos esta selección será más o menos precisa según los avances científicos de los que disponemos.

No se trata de que haya un fármaco diferente para cada paciente, sino de aplicar los fármacos que tenemos disponibles según unos criterios biológicos que predicen si esos fármacos serán eficaces o no para el tratamiento del tumor de cada paciente.

**6. ¿Va a seguir siendo el oncólogo médico el referente en la decisión de los mejores tratamientos para los pacientes? ¿puede la farmacia decidir por él?**

**Dra. Vera.** La competencia de decidir el tratamiento sistémico que va a recibir un paciente oncológico es del Oncólogo Médico y seguirá siendo así en un futuro. El trabajo Multidisciplinar y las aportaciones de diferentes especialistas como pueden ser Cirujanos, Patólogos o Farmacéuticos puede enriquecer el trabajo y la atención a los pacientes. Evidentemente cada especialidad tiene sus competencias y los Servicios de Farmacia nos pueden asesorar en cuanto a la forma de utilización del fármaco, su farmacocinética, formas de preparación, interacciones con otros fármacos, formas de administración, análisis conjuntos de datos, pero en última instancia el Oncólogo Médico será el especialista responsable de la decisión del tratamiento de un paciente.



**Dra. Guillén.** El oncólogo médico es la persona más capacitada por su formación para decidir sobre el mejor tratamiento para cada paciente por lo que debería participar de primera mano en las decisiones terapéuticas de todos los pacientes oncológicos.

Los oncólogos médicos deberían estar presentes en todas las Comisiones de Farmacia de los centros hospitalarios.

**7. ¿Cómo está afectando la crisis en la asistencia de los pacientes oncológicos? Conocen los pacientes hoy en día las restricciones reales que están llevando a cabo los hospitales? ¿Están perdiendo beneficios en el curso de sus enfermedades?**

**Dra. Vera.** En este momento puede darse la circunstancia en el que al haber 17 Comunidades Autónomas en España nos encontremos con que un fármaco puede estar aprobado a nivel del Ministerio y la aprobación en las diferentes Autonomías sea en tiempo diferente así como con restricciones también diferentes. En este momento estamos viviendo un enlentecimiento en las aprobaciones de los fármacos a nivel nacional y posteriormente las aprobaciones a niveles autonómicos. Se están llevando a cabo procesos más rigurosos a la hora de aprobación de fármacos pero va a ser difícil en los casos de los fármacos ya aprobados y con indicación establecidas el que no se puedan utilizar. Por parte de los Oncólogos a nivel nacional y siempre entendiendo cual es la situación económica del país pero también entendiendo las necesidades de los paciente nuestro papel será el intentar que no hayan diferencias en las 17 Comunidades Autónomas para poder prescribir fármacos indicados y aprobados para los diferentes tumores.

**Dra. Guillén.** A pesar de la crisis el tratamiento de los pacientes oncológicos en nuestro país es de una calidad muy elevada y de primer nivel respecto a otros países de nuestro entorno.

Hasta donde yo conozco, las restricciones en este momento no están afectando, en líneas generales, a los aspectos fundamentales del cuidado de los pacientes oncológicos, por lo que la calidad de la asistencia no se está viendo resentida por ahora.

**8. Qué papel cree que tienen que jugar las asociaciones de pacientes oncológicos en la sociedad de la comunicación?**

**Dra. Vera.** Creo que trabajar en equipo en cualquier ámbito siempre será positivo, el poder trabajar profesionales junto con Asociaciones de pacientes puede ser mucho más enriquecedor que Asociaciones de paciente de forma independiente sin contar con la colaboración de profesionales que conocen cual es la situación. Creo también que las Asociaciones de pacientes son positivas, para por una parte desmitificar el carácter negativo que conlleva la palabra cáncer y por otra parte, que la población conozca qué posibilidades tiene, qué fármacos tenemos y contar con la experiencia de ellos para poder seguir avanzando en esta enfermedad que necesita de todos nosotros.

**Dra. Guillén.** Las asociaciones de pacientes se deben considerar un pilar más para el desarrollo del sistema sanitario, junto con las instituciones y los profesionales sanitarios, y estos tres pilares



deberían interrelacionar entre sí para el crecimiento del sistema, por el bien del paciente y de la sociedad en general.

Las asociaciones de pacientes desempeñan un papel muy importante en estos momentos en nuestra sociedad para que las instituciones y los profesionales sepamos cuáles son las demandas y necesidades reales de los pacientes, para que exijan que estas demandas se cumplan y para que el sistema sanitario siga un desarrollo constructivo que beneficie a todos sin que se generen desigualdades.

**9. Qué opina sobre las guías que se quieren establecer en algunas CCAA en la indicación de Colon y donde no se contemplan las fichas técnicas en su amplia extensión, lo que supondría un agravio comparativo a la hora de poder elegir el mejor tratamiento entre los pacientes de diferentes CCAA ?**

**Dra. Vera.** Evidentemente no puedo estar de acuerdo en algo tan serio como lo que se me plantea en esta pregunta. Creo que sería intolerable que en un país como es España con 17 Comunidades Autónomas tengamos un fármaco aprobado a nivel del Ministerio y con una indicación y que en alguna Comunidad Autónoma los pacientes no puedan recibir dicho fármaco, creo que rompe los principios de equidad, incluso los principios de ética y que esto no se debería admitir, y que tenemos que hacer todo lo posible tanto los Oncólogos, pacientes y demás profesionales para que esto no llegue a producirse.

**Dra. Guillén.** Desconozco en profundidad cuáles son las guías que se están realizando en las diferentes CC.AA. y cuáles son los criterios que se están empleando en la realización de las mismas. En cualquier caso, lo deseable sería que siempre contara, en todos los casos, con el criterio de un oncólogo médico para su elaboración.

**10. En un entorno económico tan complicado , como en el que nos movemos en los últimos años, hasta qué punto los Oncólogos pueden verse coaccionados a la prescripción por decisiones que se toman a niveles superiores de los hospitales ( dígame Gerencia o/y en algunos casos Jefaturas de Farmacia ) con el fin de reducir costes ?**

**Dra. Vera.** Por suerte en nuestra Comunidad no hemos vivido la situación que me plantea aunque sí soy consciente que otros compañeros Oncólogos de otras Comunidades Autónomas esto se está empezando a plantear. Creo que es inviable tomar estas decisiones de una forma independiente y con una visión únicamente economicista aunque evidentemente todos somos conscientes de la situación en la estamos y deberíamos ver cómo y de qué mejor forma utilizar los recursos, pero es absolutamente indispensable e imprescindible que esto se haga desde varias vertientes véase desde un punto de vista clínico (Oncólogo Médico), desde un punto de vista económico (Gerencia) y desde un punto de vista más técnico como nos pueden ofrecer la información las farmacias de los hospitales.



**Dra. Guillén.** El oncólogo médico es el especialista que mejor conoce los beneficios y los riesgos de los distintos tratamientos aplicados a los pacientes con cáncer. El oncólogo médico debe aplicar sus conocimientos y su juicio, además de seguir los protocolos y las guías para el desempeño adecuado de su profesión.

Los oncólogos médicos deben participar junto con otros niveles, como las gerencias de los hospitales y las Jefaturas de Farmacia, en la toma de decisiones y en la elaboración de los procesos y las estrategias de gestión que atañan a los cuidados de todo paciente con cáncer.

**11. Buenos días. Soy un varón de 34 años, un hermano con 29 y otro con 25 años, Nuestro padre tiene cáncer de colon y sus tres hermanos tienen o han tenido, cáncer de colon, cáncer de pulmón y cáncer de piel. Sabemos que el riesgo de padecer algún tipo de cáncer es alto, pero desconocemos los pasos que debemos llevar a cabo para una detección precoz y si existe algún programa de prevención en la Comunidad de Madrid en el que nos podamos adherir y nos indiquen qué pruebas y cada cuanto tiempo nos las debemos hacer.**

**Dra. Guillén.** En la Comunidad de Madrid existe un programa de Cáncer Familiar y Hereditario. Debe referirse a una de las Unidades de Cáncer Familiar o Consejo Genético en Cáncer para que se realice en su familia una estimación adecuada del riesgo de cáncer que tienen, así como para evaluar si estaría indicado la realización de algún tipo de estudio genético, y qué medidas de reducción de riesgo o prevención deberían adoptar tanto usted como cada uno de sus familiares.

Para acudir a estas Unidades se puede dirigir a través de su médico de cabecera o de cualquier médico especialista de la Comunidad de Madrid.

En la siguiente página web puede encontrar un listado de Unidades de Cáncer Familiar y Consejo Genético en Cáncer españolas: <http://www.seom.org/infopublico/info-tipos-cancer/consejo-genetico/unidades-consejo>

**12. ¿Cuáles son algunos de los síntomas y señales comunes del cáncer?**

**Dra. Vera.** En el cáncer de colon los síntomas más frecuentes son el sangrado en las heces, el cambio en el ritmo deposicional es decir: una persona con un hábito deposicional normal que pasa a tener estreñimiento o diarrea, normalmente acompañado también de molestias o dolor abdominal incluso en ocasiones intolerancia a la comida, pérdida de apetito, más cansado, mayor dificultad al hacer las deposiciones, cualquiera de estos síntomas nos podría orientar hacia que hay algún problema intestinal. Quizá uno de los signos de alarma que más deberíamos de tener en cuenta la población y sobre todo a partir de los 50 años, que es cuando hay mayor incremento de cáncer de colon, sería el sangrado en las heces, ya que se sigue viendo muchos pacientes con sangrados de meses de evolución que atribuyen desde un primer momento a hemorroides. Si bien las hemorroides es la causa más frecuente de sangrado, siempre deberían de ser vistas por su Médico de Atención Primaria y valorar la necesidad o no de remitir a un especialista de digestivo para completar un estudio.



**Dra. Guillén.** Los síntomas y señales más comunes de cáncer son habitualmente poco específicos y pueden deberse a esta enfermedad pero también a otras muchas, lo que en ocasiones dificulta el diagnóstico.

Estos síntomas y signos se dividen en generales y locales. Los síntomas generales pueden ser muy variados, desde pérdida de peso, pérdida de apetito o cansancio, a fiebre o sudación, entre otros muchos. Los locales dependen del tipo de cáncer y su localización, por ejemplo, en el cáncer de mama puede ser un bulto en la mama o en la axila, en el cáncer de colon, un sangrado con las heces o cambios en el ritmo intestinal, en el cáncer de páncreas, ictericia o dolor lumbar, etc.

Lo más importante es que ante cualquier síntoma o cambio que perciba una persona, sobre todo si no es algo temporal o momentáneo, se consulte al médico de atención primaria o a cualquier otro especialista que pueda determinar la relevancia de la clínica del paciente y establecer, en caso de que sea necesario, los circuitos diagnósticos adecuados.

### **13. ¿Hay a día de hoy algún tipo de prueba genética concluyente que indique las posibilidades de padecer algún tipo de tumor? Y ¿El cáncer es hereditario?**

**Dra. Vera.** Hoy por hoy no hay ningún análisis que te indique exactamente si vas a tener un cáncer y que tipo de cáncer vas a tener realizado a la población general. Sólo un 5 % de los cánceres en general son hereditarios, esto quiere decir que la mayoría del cáncer es esporádico y sólo en los casos en que se demuestra que es un tumor con características hereditarias es en ese paciente con el tumor y en los familiares en los que se podría realizar la determinación genética pero, como digo, una vez identificada en el caso familiar con cáncer.

**Dra. Guillén.** La mayoría de los cánceres son esporádicos y no se deben a la herencia de una mutación en un gen que determine su aparición. Aproximadamente el 10% de todos los casos de cáncer se deben a que las personas que los padecen presentan un síndrome hereditario de cáncer. El cáncer en sí no se hereda, sino que la persona que tiene un síndrome hereditario de cáncer ha heredado una alteración genética (mutación) en un gen, y esta alteración predispone a esa persona a desarrollar uno o varios tipos de cáncer con mayor probabilidad que en otra persona que no tenga esa mutación.

Se dice que la persona que ha heredado una mutación de predisposición al cáncer tiene un síndrome hereditario de cáncer porque habitualmente una mutación de este tipo puede predisponer a padecer uno o más tipos de cáncer. Por ejemplo, las mujeres con una mutación en el gen BRCA1 que causa el síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario, pueden tener mayor riesgo de desarrollar un cáncer de mama y un cáncer de ovario a lo largo de su vida que otras mujeres que no tengan esa mutación en el gen BRCA1; otro ejemplo es en una mujer con una mutación en el gen MSH6, que origina el síndrome de Lynch, también llamado síndrome de cáncer de colon hereditario no polipósico, podría tener más riesgo de desarrollar un cáncer de colon a lo largo de su vida pero también mayor riesgo de cáncer de endometrio.

Conocer si una persona tiene una mutación hereditaria en un gen que predispone a cáncer y que origina un síndrome hereditario de cáncer puede ayudar a saber qué riesgo tiene esa persona de padecer determinados tipos de cáncer a lo largo de su vida y establecer medidas de prevención y





reducción de riesgo adecuadas para evitar la aparición de cáncer o permitir que si éste se desarrolla, se detecte precozmente y tenga mayores posibilidades de curación. Hoy en día se dispone de métodos fiables para el estudio genético de determinados síndromes hereditarios de cáncer, lo importante es referirse a un Unidad de Cáncer Familiar o Consejo Genético en Cáncer que estén especializadas y tengan experiencia en el diagnóstico de este tipo de síndromes.

#### 14. ¿Los tratamientos con quimioterapia hacen que mujeres fértiles pierdan su fertilidad?

**Dra. Vera.** Efectivamente hay algunos fármacos quimioterápicos, no todos, que hacen que pacientes en edad fértil (pre- menopáusicas) puedan durante los meses del tratamiento entrar en una fase parecida a la menopausia y posteriormente al acabar el tratamiento de quimioterapia pueden volver a presentar sus menstruaciones normales. A pesar de no tener las menstruaciones durante el periodo de quimioterapia siempre se les explica que puede haber alguna posibilidad de quedarse embarazadas. En algunos casos y en función del tratamiento específico que lleve, puede provocar una menopausia precoz y la paciente, después del tratamiento, no volver a recuperar su función ovárica normal. Cuando esto se prevé, sobre todo en mujeres jóvenes, desde los propios servicios de oncología se les hacen las recomendaciones pertinentes para el futuro.

**Dra. Guillén.** Sólo algunos tipos de tratamiento de quimioterapia afectan a la fertilidad de los pacientes (mujeres y hombres), por lo que si se trata de un paciente en edad fértil, es importante que antes de comenzar cualquier tratamiento oncológico, consulte a su oncólogo médico sobre las posibilidades de infertilidad con ese tratamiento y las alternativas disponibles en cada caso para evitarlo.

#### Despedida

##### **Dra. Ruth Vera.**

En el momento actual, en el que la sostenibilidad del sistema sanitario es una pregunta realmente pertinente, vemos en las preguntas que se plantean que es una de las preocupaciones de la población. Este tema también nos preocupa a los profesionales y trabajaremos para intentar mantener y asegurar la equidad en el acceso a los fármacos.

Por otra parte la denominada medicina personalizada y el uso de biomarcadores es imprescindible para poder seleccionar a los pacientes que más se van a beneficiar de estos tratamientos con terapias dirigidas.

##### **Dra. Carmen Guillén**

Agradezco mucho a la Fundación 2000 y a ustedes la oportunidad que me han dado de participar en este I Encuentro Virtual, que me ha resultado de sumo interés.

Para resumir me gustaría destacar que el oncólogo médico es la persona más capacitada por su formación para decidir sobre el mejor tratamiento del paciente con cáncer. Los oncólogos médicos y los pacientes, a través de las asociaciones de pacientes, deben trabajar conjuntamente con las autoridades sanitarias y los responsables de las distintas instituciones para ofrecer los mejores cuidados a los pacientes oncológicos, incluso en el contexto de crisis que vivimos actualmente.