



Corresponsabilidad Profesional y Crisis Económica

Reflexiones sobre la Esclerosis Múltiple:
acuerdos y propuestas de actuación



Corresponsabilidad Profesional y Crisis Económica

Reflexiones sobre la Esclerosis Múltiple:
acuerdos y propuestas de actuación



Título: Corresponsabilidad Profesional y Crisis Económica.
Reflexiones sobre la Esclerosis Múltiple: acuerdos y propuestas de actuación.

Edita: Raíz Publicidad s.l.
ISBN-13: 978-84-695-7880-3

Impresión: Green Printing s.l.
Depósito legal: M-16237-2013

© Fundación Pharmaceutical Care España
C/ Marià Cubí, 4 Pral. 08006 Barcelona
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular del copyright.

Presentación

La Fundación Pharmaceutical Care España está comprometida, en sus objetivos, con el desarrollo de una Atención Farmacéutica de calidad a través de diferentes actividades que deben redundar en beneficio de la sociedad, buscando el logro del bien común y la mejora de la salud de la comunidad.

Con la crisis actual, los aspectos de financiación han penetrado de golpe la cultura hospitalaria introduciendo en nuestro día a día, la necesidad de garantizar una farmacoterapia no solo eficaz, segura y eficiente, sino también sostenible dentro de una Cartera de Servicios.

La Fundación Pharmaceutical Care España estimó que esta situación de crisis debía utilizarse como una oportunidad de aprendizaje y decidió promover unas Jornadas de Trabajo Multidisciplinar, cuyo fin fundamental fuese compartir experiencias entre médicos, farmacéuticos y gestores que permitiesen concretar conductas para manejar, de forma corresponsable, la atención a los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM).

Para avanzar en el tratamiento de la EM, una patología de complejidad alta y necesidades de individualización claras, hay que avanzar de forma conjunta, integrando conocimientos, posicionamientos, culturas, para que de forma holística se pueda obtener la mejor actuación posible.

El documento que ahora presentamos, contiene las recomendaciones y las propuestas de actuación conjunta, surgidas de estas reuniones de trabajo. Integra las opiniones de diferentes profesionales para hacer algo que queremos que sea una herramienta de ayuda en la toma de decisiones para Gestores, Médicos y Farmacéuticos y para cambiar hacia una cultura de corresponsabilización.

Pensábamos entonces y pensamos ahora, que el ejercicio de la corresponsabilidad profesional puede convertirse, a su vez, en herramienta fundamental para el manejo de la Cronicidad, uno de los retos más importantes, junto a Complejidad y Coste al que se enfrentan los profesionales sanitarios que deseen hacer una buena gestión clínica de la farmacoterapia.

Borja García de Bikuña Landa
Presidente
Fundación Pharmaceutical Care España

Carmen Alberola
Directora Área Hospitalaria
Fundación Pharmaceutical Care España

Sumario

1.- Introducción.....	5
2.- Sistemática de trabajo.....	6
3.- Resultados.....	8
1. Puntos de encuentro	
2. Soluciones organizativas identificadas	
4.- Conclusiones.....	19
5.- Relación de participantes.....	20

1.- Introducción

Este documento presenta los resultados de un programa de trabajo sobre *Corresponsabilidad Profesional*, organizado por la *Fundación Pharmaceutical Care España* y enfocado a debatir los problemas que la crisis económica plantea tanto a los profesionales sanitarios como a los gestores, cuando tienen que hacer compatible una atención de calidad con la gestión eficiente de los fondos disponibles. Este programa ha contado con la colaboración y el patrocinio de Biogen Idec Iberia.

El programa, titulado “*Crisis económica y oportunidad de aprendizaje: corresponsabilidad profesional*” ha analizado en este caso el abordaje sanitario de la Esclerosis Múltiple (EM), y su objetivo final ha sido colaborar a que el manejo de esta patología se haga de una manera pluridisciplinar y autocrítica, haciendo compatible el nivel de exigencia asistencial con las expectativas más razonadas y posibles de los agentes implicados.

Tomar decisiones en el campo de la salud significa, hoy día, gestionar la incertidumbre, y esta es una responsabilidad de los profesionales sanitarios para con los pacientes y con la sociedad. Responsabilidad que les exige optimizar los recursos en relación a objetivos propuestos y a los resultados en salud obtenidos. Esta exigencia se hace creciente en el caso de las terapias y tecnologías sanitarias de alto impacto, cuyo papel en la mejora de la salud debe ser definido con claridad.

Este documento de conclusiones contiene los acuerdos alcanzados a través del programa de trabajo realizado a lo largo de 2012, cuya sistemática y desarrollo se indica a continuación, así como las propuestas para ponerlos en práctica; es decir, identifica puntos de mejora en gestión clínica, protocolización, asistencia, priorización, individualización de las terapias y financiación, y propone soluciones organizativas para lograrla.

2.- Sistemática de trabajo

El sistema de trabajo escogido se basó en el juicio de expertos. Para ello se planificó un Ciclo de tres Jornadas en las que se reunió a un nutrido grupo de profesionales implicados en el uso de medicamentos de alto impacto para el tratamiento de la EM. Estos profesionales fueron invitados por la Fundación Pharmaceutical Care España, dadas su experiencia y competencia contrastadas en sus respectivas áreas de actividad: equipos de Dirección-Gerencia Hospitalaria, Servicios de Neurología y Servicios de Farmacia Hospitalaria, cuyos principales roles y responsabilidades en relación con la Esclerosis Múltiple, se detallan a continuación de manera muy somera.

■ Los equipos de dirección deben implicarse en la toma de decisiones y en el seguimiento de los resultados de la farmacoterapia, no solo a nivel presupuestario, sino también de resultados en salud, y es beneficiosa su participación corresponsable. Muchas de las decisiones que han de ser explicadas a los pacientes, y que se han tomado por consenso multidisciplinar, habrá que decidir cómo se comunican, siendo clave el papel de los equipos de dirección en esa comunicación.

Se estimó que, en este marco de toma de decisiones condicionadas por la restricción presupuestaria derivada de la crisis, dichas decisiones deben ser conocidas, asumidas y quizás explicadas al ciudadano, por las instancias políticas.

■ El neurólogo clínico es el eje para el consenso en las decisiones farmacoterapéuticas en EM. Es quien más conocimientos tiene de la enfermedad, una patología crónica progresiva e incurable, en la que el concepto de tiempo tiene una importancia capital. Debe participar en todas los puntos de toma de decisiones en la cadena terapéutica.

- El farmacéutico dispone de conocimientos amplios de farmacoterapia, y farmacoeconomía, tiene experiencia en selección y evaluación de medicamentos; dispone de herramientas que le facilitan información económica y financiera valiosa para una gestión global de la farmacoterapia. Este bagaje le convierte en consultor eficaz del médico, para identificar áreas de mejora y ayudar a gestionar la incertidumbre, en un contexto de actitudes corresponsables.

Se invitó también a profesionales sanitarios adscritos a la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, dada su autoridad para aclarar conceptos y señalar vías posibles de actuación. Igualmente se invitó a profesionales de Industria Farmacéutica, implicados en el desarrollo de terapias dirigidas al tratamiento específico de la EM.

Para el desarrollo de las jornadas se planteó la consecución de tres **objetivos secuenciales**:

- **La 1ª Jornada** debía hacer un **análisis de la situación actual** para conocer los problemas reales existentes e **identificar**, tanto **áreas de mejora** ligadas a la gestión de tecnología de alto impacto, cuanto **puntos de encuentro** entre los diferentes profesionales implicados.
- **La 2ª Jornada** debía analizar la incertidumbre y **definir las estrategias** que permitiesen abordar las áreas de mejora encontradas, primando aquellos planteamientos organizativos, cuya puesta en funcionamiento fuese más factible.
- **La 3ª Jornada** tenía que **realizar y consensuar una propuesta de medidas** a llevar a cabo para facilitar la toma de decisiones en el uso de terapias y tecnologías sanitarias de alto impacto para el tratamiento de la EM.

Cada una de las jornadas se organizó como un debate-coloquio en torno a un conjunto de ponencias, al que siguió la distribución de los asistentes en grupos de trabajo enfocados a la concreción de ideas en cada uno de los siguientes ámbitos: gestores, servicios de neurología y servicios de farmacia. Todos los grupos de trabajo tuvieron una **representación pluri-disciplinar**.

3.- Resultados

1. Puntos de encuentro y áreas de mejora identificadas

En el marco actual de crisis económica y en un contexto de optimización de recursos se identificaron los siguientes puntos de encuentro.

- A pesar de la crisis, no se puede gestionar fuera de los principios de **equidad, eficacia, eficiencia y ética**.
- Es necesaria la **corresponsabilidad** de los agentes implicados: neurólogos, farmacéuticos y equipos de dirección, para gestionar la EM, tanto con la evidencia disponible como con la incertidumbre existente.

La **gestión corresponsable y eficiente** de la farmacoterapia exige la coordinación de los profesionales concernidos, neurólogos, farmacéuticos y equipos de dirección, buscando una complicidad entre los mismos en beneficio del paciente.

Para esta coordinación es necesario crear **grupos de gestión con participación de las direcciones de los hospitales, servicios de farmacia y los facultativos médicos implicados**, para seguimiento y evaluación de las terapias de alto impacto.

- Es necesario **disponer de resultados en salud** y, para ello, crear **un registro de datos clínicos objetivos** que permita medir los resultados en salud (en términos de efectividad y seguridad) de los tratamientos prescritos y dispensados, y determinar la eficiencia de la inversión en salud conseguida; todo ello **para facilitar la toma de decisiones**.

- **La utilización de protocolos consensuados** por equipos multidisciplinares conocedores de esta patología, se considera la **herramienta fundamental para garantizar la equidad del sistema** en el tratamiento de la Esclerosis Múltiple.
- Dada la necesidad de optimizar recursos escasos, es **necesario desarrollar una cultura de priorización** en los hospitales.
- Se estimó que **el paciente debe estar informado** de las opciones de tratamiento de medicamentos aprobados en ficha técnica, y de las **condiciones de su financiación**.

Estos puntos de encuentro identificados se distribuyeron para su estudio en profundidad, en la 3ª jornada, en 4 grupos interdisciplinares de trabajo cuyo objetivo fue identificar **soluciones organizativas**: resultando estas cuatro soluciones clave.

- a) Crear en los hospitales, **Equipos de Gestión (EG) de Tecnologías** de alto impacto.
- b) Establecer las bases para crear un **Registro de Resultados en Salud (RS)**.
- c) Disponer de **Protocolos de Tratamiento** consensuados.
- d) Desarrollar propuestas organizativas sobre **Priorización y Financiación**.

2. Soluciones organizativas identificadas: propuestas para su ejecución

A continuación se indican las soluciones organizativas identificadas por los profesionales participantes (médicos, gerentes y farmacéuticos), así como las propuestas de actuación

estudiadas en los grupos de trabajo multidisciplinares y expuestas a debate por los coordinadores de dichos grupos en sesión plenaria.

PRIMERA PROPUESTA:

“Crear en los hospitales equipos de gestión de tecnologías de alto impacto”

Para **gestionar la evidencia** disponible y la **incertidumbre** existente en el manejo de terapias de alta tecnología utilizadas en Neurología, así como para **realizar el seguimiento** de las mismas desde la **corresponsabilidad** profesional y según los principios de equidad, eficacia, eficiencia y ética, es necesario **crear Equipos de Gestión (EG)** pluridisciplinares en base a los siguientes parámetros:

- El **ámbito de creación** y de actuación de estos equipos **debe ser hospitalario**.
- En cuanto a la **composición** del equipo de gestión debe estar integrado, al menos, por el *Jefe del Servicio de Neurología, el Jefe del Servicio de Farmacia y un representante de la Gerencia o de la Dirección del hospital*.
- Respecto a cuál han de ser **las funciones del EG a nivel local**, estas podrían estar circunscritas a dos situaciones diferentes, una de índole de gestión general de la terapia (*pre-paciente*) y otra relacionada con el tratamiento individualizado y el seguimiento del paciente (*post-paciente*).
 - **En la primera**, las funciones del EG estarían encaminadas a la protocolización, consensuada pluridisciplinariamente, y la posibilidad de establecer estrategias de gestión que permitan una reducción en costes, acuerdos de riesgo compartido, priorización y áreas de desinversión.

- **En la segunda situación**, los EG actuarían decidiendo sobre casos individuales, y sus funciones estarían más encaminadas al seguimiento de las terapias de alto impacto, y los resultados en salud de estos tratamientos.

Relaciones entre Equipos de Gestión

- La respuesta a si **este esquema puede ser reproducible** para otros servicios clínicos con terapias de alto impacto fue que no solo es extrapolable, sino que debe extrapolarse para detectar posibles áreas de ineficiencia.

Relaciones del EG con Protocolos y Comités de Evaluación Nacionales

- En cuanto a cuáles deben ser **las líneas de trabajo del EG en la elaboración / actualización de protocolos** y cuáles en la **autorización de tratamientos fuera de protocolo** se respondió que son respectivamente:
 - Adaptar las directrices de niveles superiores al ámbito hospitalario.
 - Autorizar los tratamientos fuera de protocolo, informando a instancias superiores al hospital.

Relaciones del EG con Priorización y Financiación

- El papel del EG **en Financiación** debe ser: estudiar nuevos modelos de financiación y negociación con los proveedores sanitarios.
- En cuanto a qué **modelos de financiación** pueden aportar algo a los EG se estimó que los Acuerdos de Riesgo Compartido pueden ser un modelo a desarrollar en el futuro.

SEGUNDA PROPUESTA:

“Establecer las bases para crear un registro de resultados en salud”

- Se constató que **existe una falta de datos relativos a Resultados en Salud en EM que dificulta la toma de decisiones y mantiene la incertidumbre** de los profesionales.
- Es **necesario crear una Base de Datos (BD)**.
En tiempos de **escasez de recursos** hay que **conocer el retorno** (en términos de RS) **a la inversión realizada** en tecnologías de alto impacto.
- Hay que **definir el tipo de Información** que necesitan los miembros del Equipo Pluridisciplinar de Gestión para **mejorar la toma de decisiones** en el tratamiento de la EM.
- Es necesario **definir claramente:**
 - Las características de registro
 - El ámbito de aplicación
 - La responsabilidad de su mantenimiento y soporte

Se propone:

- Crear **un modelo** (de recogida de datos) **estructurado normalizado**, común en todos los hospitales de la red sanitaria, que pueda agruparse a nivel autonómico y estatal.
- Se propone un **Registro centralizado común, abierto y transparente**, aunque controlado, para evitar su uso con intereses comerciales, y que debería estar disponible para todos los hospitales de la red sanitaria, y la introducción de datos en el registro debería ser obligatoria.
- Si bien el Registro debería ser estatal, se recomienda dar unas directrices comunes e irlo construyendo desde el nivel hospital, tomando como puntos de partida el análisis local de cada centro y sus profesionales, para pasar posteriormente a una agregación, a nivel de Comunidad Autónoma.

- Debe existir una **figura administrativa independiente**, que asegure el adecuado funcionamiento del registro y su mantenimiento continuado a lo largo del tiempo. Esta figura debe **establecer las normas para colaboraciones y/o aportes de fondos** y facilitar un mecanismo que **asegure la transparencia y objetividad de la información**.

- La **información contenida en el registro**, debe tener en cuenta todos aquellos datos que permitan hacer una valoración de la evolución de la enfermedad, así como la comparación de los datos. Se propuso medir los siguientes parámetros:
 - a. **Características demográficas de los pacientes: edad, género.**

 - b. **Características clínicas de los pacientes:**
 - 1. Número de brotes (Tasa anualizada de brotes).
 - 2. Evaluación del grado de Discapacidad cada seis meses mediante el empleo de la escala EDSS.
 - 3. Parámetros radiológicos: **lesiones en contraste captantes de Gadolinio T1 y en T2** (semestral/anual).

 - c. **Características del tratamiento:**
 - 1. **Necesidad de tratamiento** (fármaco en tratamiento).
 - 2. **Criterios y motivos de cambio o suspensión de tratamiento por ineficacia o seguridad:** (permite disponer de un índice de supresión, y poder medir la calidad de la farmacoterapia)
 - 3. **Motivos de abandono.**
 - 4. **Reacciones adversas.**
 - 5. **Adherencia:** fundamental para valorar la eficacia.

d. Datos económicos:

1. **Datos económicos directos:** De determinación sencilla (P.ej. coste farmacológico)
2. **Datos económicos indirectos:** De difícil determinación (coste asociado a de la enfermedad)

Empleo de los datos de Resultados en Salud por parte del equipo de Gestión

- El análisis de los datos y el seguimiento del paciente deben ir enfocados a **facilitar la toma de decisiones**. Este análisis debe efectuarse por los neurólogos y ser evaluado por los EG.
- Los **datos clínicos y económicos a medir**, así como los **criterios objetivos** de medida de RS, deberían establecerse previamente, si fuese viable, **mediante un protocolo diseñado a nivel estatal**.

TERCERA PROPUESTA:

“Disponer de protocolos de tratamiento consensuado”

Es necesario disponer de Protocolos y Guías de Práctica Clínica (GPC) de **aplicación a nivel estatal** y no por Comunidad Autónoma, para evitar así posibles problemas de inequidad.

- La Sociedad Española de Neurología es el referente fundamental en la elaboración de Guías y Protocolos que incluyan información específica sobre la duración del tratamiento, criterios de retirada y criterios de eficiencia.

Sería conveniente la colaboración entre Gestores, Neurólogos y Farmacéuticos de Hospital en la elaboración de protocolos y guías.

Sería igualmente conveniente promover un cauce de comunicación entre la SEN y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

En este ámbito, se considera también necesario:

Que se elaboren **Informes de Utilidad Terapéutica**, que, además de las GPC, complementen la información de la Ficha Técnica (FT) y permitan adaptar las condiciones de autorización recogidas en la FT con la decisión tomada para su uso dentro del SNS.

“Comités de Evaluación de Pacientes: Propuestas”

No se han considerado necesarios, mayoritariamente, por la experiencia previa y la burocratización que implican.

Se estima que dichos comités pueden suponer una dilución de responsabilidad, y que es mejor disponer de Protocolos de Tratamiento a nivel estatal, cumplir con los criterios derivados de dichos protocolos y **que existan indicadores de utilización, selección y resultados**.

Se propone:

- Tener disponibilidad de un registro estatal de pacientes de EM, tratamiento y resultados, a fin de optimizar recursos en la toma de decisiones terapéuticas, en línea con la necesidad reseñada por el grupo de trabajo que desarrolló la solución organizativa número 2.

“Participación de los Pacientes: Propuestas”

La información y educación del paciente es fundamental. Los pacientes deben participar con una implicación cada vez mayor, pero sobretodo ser bien informados.

Es necesario mejorar el acceso a la información en web y foros objetivos e independientes.

Se propone:

Elaborar una página web independiente, de información para pacientes, con la participación de todos los agentes implicados.

CUARTA PROPUESTA:

“Desarrollar propuestas organizativas sobre priorización y financiación”

Los recursos económicos tienen carácter finito, independientemente de la situación actual de crisis económica. Por otra parte, no todas las tecnologías sanitarias tienen un impacto equiparable en términos de resultados en salud. Se estima necesario establecer nuevas pautas de financiación aplicables a tecnología sanitaria de alto impacto, así como establecer un mecanismo de priorización de los recursos.

Priorización de los recursos:

Es necesario **identificar áreas prioritarias** vs áreas no prioritarias, en función de su utilidad dentro de la práctica diaria. Igualmente, es necesario **aplicar criterios de priorización a las decisiones sobre terapias de alto impacto.**

Propuestas:

- La identificación de áreas a priorizar debería hacerse tanto desde los equipos a nivel local como a nivel Autonómico y Estatal.
- Se sugiere que la priorización se haga por los propios expertos del área, los cuales deben conocer el presupuesto disponible al que hay que ceñirse y el impacto presupuestario de las terapias.
- Aunque la priorización debería aplicarse de forma centralizada,

la mejor forma **de conocer la viabilidad** de cualquier plan de priorización es tomar como punto de partida el **análisis local** de cada centro y sus profesionales (priorización convergente). Esto permite además **crear una “cultura de priorización” en el hospital.**

- Es necesario tener claros los objetivos de salud a conseguir **y los resultados en salud** que ofrece una tecnología sanitaria determinada.
- **En el momento de establecerla**, aquella tecnología sanitaria que ofrece los **mejores resultados en salud**, en relación a los objetivos perseguidos, deberá **ser seleccionada.**

Financiación:

- Los resultados en salud deben estar reflejados en la financiación. Si un medicamento no cumple el objetivo de salud acordado, no debería financiarse.
- Como criterios fundamentales para la toma de decisiones en la financiación de fármacos de alto impacto debe tomarse como referencia el artículo 89 bis del RD 16/2012, en el que se citan al menos tres criterios básicos:
 1. Tiene que haber un **análisis del coste-efectividad** y un análisis del **impacto presupuestario** para la fijación de precios.
 2. Hay que tener en cuenta el componente de innovación y su contribución al Sistema Nacional de Salud si, para un mismo RS, contribuye positivamente al PIB.
 3. Hay que tener en consideración los mecanismos de retorno para los medicamentos innovadores.
- La metodología empleada en **la evaluación económica para fijación del precio debe estar normalizada y dotada de transparencia.**

- **Es necesario disponer de evaluaciones económicas independientes.** En su defecto, deben existir herramientas para un análisis crítico de las evaluaciones económicas disponibles.
- En cuanto a los mecanismos de retorno, se ha valorado la posibilidad de establecer una dualidad de precio,
 - uno con cargo a la financiación por parte del SNS, y
 - otro que podría aplicarse fuera de dicha financiación.

Los participantes en el programa mostraron su acuerdo en que **debería existir un solo precio** para la financiación en el ámbito del Estado.

Mejora de la eficiencia mediante Acuerdos de Riesgo Compartido (ARC)

- Se estimó que puede mejorarse la eficiencia mediante ARC.
- Debe existir transparencia, y se estima una actuación deseable que en estos fármacos de alto impacto, la aprobación, de precio y financiación, se acompañe de ARC.

Evaluación Continuada

- Es fundamental identificar los medicamentos, cuya aplicación no ha demostrado tener un impacto positivo en términos de resultados en salud. Las tecnologías así identificadas dejarían de ser prioritarias y serían candidatas a su exclusión de la financiación.
- La evaluación continuada permitirá optimizar los recursos y conseguir los mejores resultados de salud.
 - En este punto se pone de manifiesto, de nuevo, la necesidad de registros de resultados en salud tratado en la solución organizativa número 2.

4.- Conclusiones

Los participantes han expresado el convencimiento de que la corresponsabilidad profesional es una buena herramienta de gestión en tiempos de escasez de recursos.

Asimismo estiman que la corresponsabilidad se consigue a través del trabajo de equipos multidisciplinares que busquen la complicitad en beneficio de los pacientes, así como la optimización de los recursos disponibles y el desarrollo de una cultura de priorización en los hospitales.

Finalmente entienden que el esquema de trabajo desarrollado para el manejo de la EM es extrapolable y debe extrapolarse al manejo de cualesquiera otras patologías que utilicen terapias de alto impacto.

Fundación Pharmaceutical Care España

Mayo 2013

5.- Relación de participantes

Abad, Reyes	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Alberola, Carmen	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Alegre, Emilio	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Ara, José Ramón	Servicio de Neurología.
Aspa, Javier	Director Médico Hospital.
Bermejo, Teresa	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Blázquez, Antonio	Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
Carrascal, Pedro	Esclerosis Múltiple España.
De la Puente, Manuel	Director Gerente Hospital.
Del Castillo, Carmen	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Delgado, Olga	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Farfán, Francisco José	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Fernández, Óscar	Servicio de Neurología.
García Cebrián, Francisco	Vicepresidente Fundación PhC.
García de Bikuña, Borja	Presidente Fundación PhC.
Ginestal, Ricardo	Servicio de Neurología.
Gómez, Jorge	Director Gerente Hospital.
Gómez-Pajuelo, Pedro	Instituto de Salud Carlos III.
Gurruchaga, Idoia	Directora Médico Hospital.
Herrero, Alicia	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Iglesias, Teresa	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Ladrón de Guevara, José Manuel	Director Gerente Hospital.
Landete, Lamberto	Servicio de Neurología.
Lens, Carlos	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Lorente, Laura	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Mangues, M ^a Antonia	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Martínez, Carlos	Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
Martínez, Javier	Biogen Idec.
Martínez-Cutillas, Julio	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Meca, Virginia	Servicio de Neurología.
Mejía, Fernando	Director Médico Hospital.
Mendibe, Mar	Servicio de Neurología.
Montalbán, Xavier	Servicio de Neurología.
Monzón, Esperanza	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Morell, Alberto	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Muñoz, Isabel	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Oreja, Celia	Servicio de Neurología.
Padilla, Francisco	Servicio de Neurología.
Perales, Beatriz	Biogen Idec.
Pineros de Andrés, Rosario	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Piñeiro, Guadalupe	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Prieto, José María	Servicio de Neurología.
Rodríguez Antigüedad, Alfredo	Servicio de Neurología.
Sellers, Guillermo	Biogen Idec.
Torralba, Amalia	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Valverde, Esteban	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Ventayol, Pere	Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Yusta, Antonio	Servicio de Neurología.

