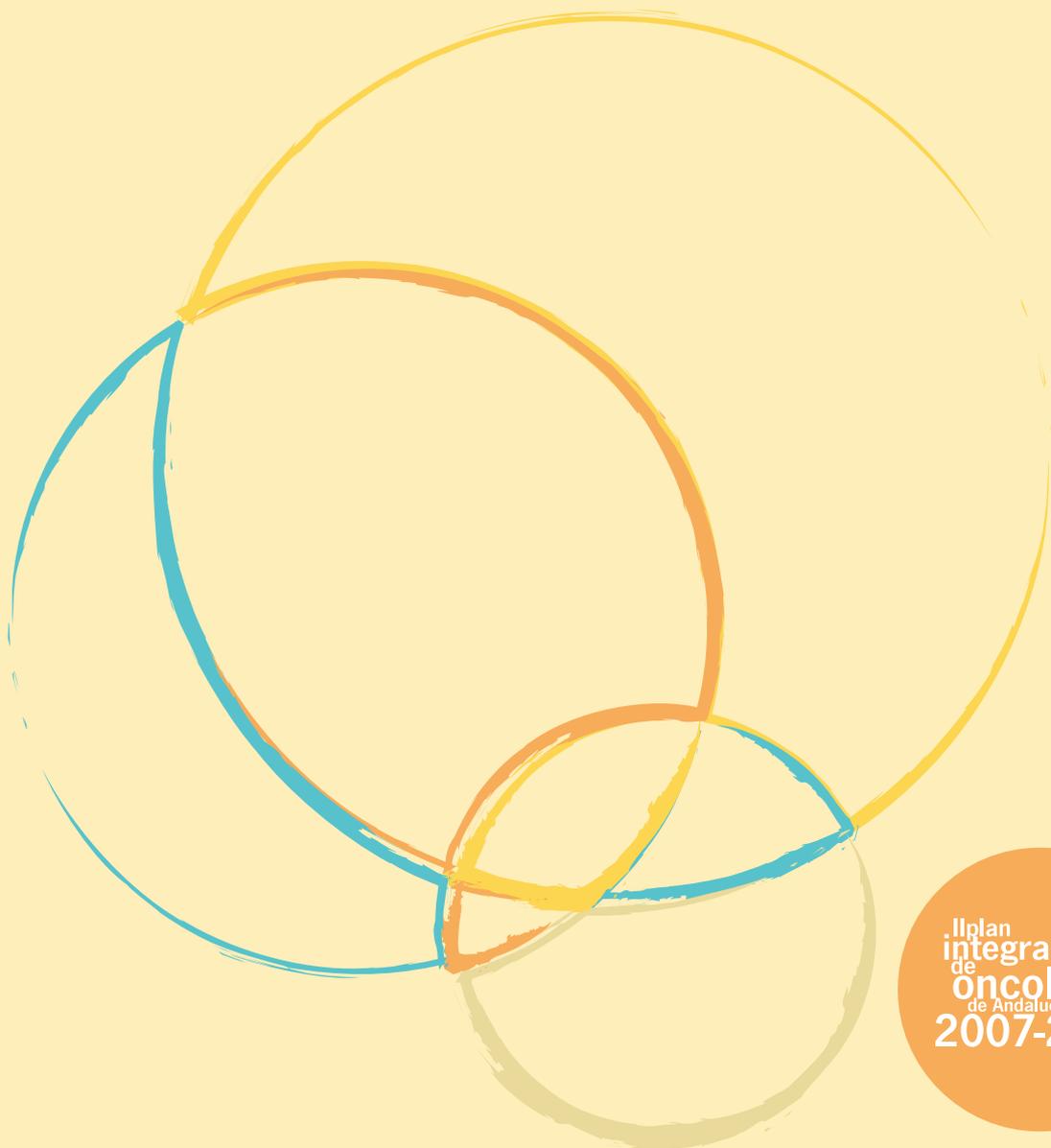


CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN

PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE SERVICIOS ASISTENCIALES Y PACIENTES CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS



Plan
integral
de
oncología
de Andalucía
2007-2012



A large orange circle is centered on the page. Inside the circle, the text "Plan integral de oncología de Andalucía 2007-2012" is written in white. The words are stacked vertically: "Plan" is the smallest, "integral" is larger, "de" is very small, "oncología" is the largest, "de Andalucía" is smaller than "oncología", and "2007-2012" is the largest at the bottom.

Plan
integral
de
oncología
de Andalucía
2007-2012

2-CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN

CÓDIGO de buenas prácticas en comunicación : para la mejora de comunicación entre servicios asistenciales y pacientes con cáncer y sus familias / [elaboración, II Plan Integral de Oncología de Andalucía]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2007]

19 p. ; 21x21 cm

Tít. tomado de la cub.

1. Comunicación en salud 2. Pautas prácticas 3. Neoplasias 4. Atención al paciente I. Andalucía. Consejería de Salud II. Andalucía. Plan Integral de Oncología (2º. 2007-2012)

W 84

QZ 206

Elaboración:

II Plan Integral de Oncología de Andalucía

Grupo revisor:

Comisión Asistencial del Plan Integral de Oncología de Andalucía

Edita:

Junta de Andalucía, Consejería de Salud

Diseño y maquetación:

OBEMEDIA S.C.

Depósito Legal:

SE-3637-07

4Tintas Sevilla

Código de buenas prácticas para la mejora de la comunicación entre servicios asistenciales y pacientes con cáncer y sus familias

La atención sanitaria que deseamos prestar a quienes enferman de cáncer debe estar dirigida a la persona que padece esta enfermedad. Desde el Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA), la apuesta por una atención integral es rigurosa y determinante, en consonancia con la estrategia mantenida por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud. La información y la comunicación de la que ésta forma parte, son dos ingredientes imprescindibles en esta integralidad a la que aspiramos.

Mejorar la información y la calidad de la comunicación entre dispositivos asistenciales y pacientes es, pues, un objetivo inmediato. Teniendo en cuenta que es una faceta en la que se mezclan aspectos conceptuales (¿qué entendemos por atención integral?, ¿qué entendemos por buena?) y también operativos (¿en qué tiempo?, ¿por qué profesional?), la línea de trabajo abierta desde el PIOA comenzó por analizar las dificultades sentidas por las y los profesionales y debatir acerca de las soluciones más interesantes.

Fruto de estas reflexiones son las siguientes conclusiones:

El abordaje de la comunicación en los servicios interesa a todo el dispositivo asistencial e incumbe a todos sus profesionales.

Las medidas de mejora pasan, entre otras cosas, por que los servicios hagan un análisis de cómo está organizada la comunicación y la información dentro de su labor asistencial.

ANALIZANDO CÓMO NOS COMUNICAMOS

El marco general en el que, entendemos, deberíamos situarnos viene definido en el Libro de Estilo del Servicio Andaluz de Salud¹. En él se recogen, en 76 puntos, los principales elementos que deben ser tenidos en cuenta, para garantizar un trato adecuado a sus pacientes por parte de los dispositivos asistenciales. Algunos de estos principios hacen referencia a la comunicación y a la información.

A partir de estas recomendaciones, hemos elaborado el siguiente texto que denominamos ‘Código de buenas prácticas en comunicación’ entre servicios asistenciales y pacientes con cáncer y sus familias. Lo componen una serie de principios que, por su naturaleza, intentamos que alcancen el acuerdo de todos los colectivos profesionales a los que va dirigido.

1.- Este libro fue editado por el Servicio Andaluz de Salud en 2003 y está disponible en www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN

El ‘Código de buenas prácticas en comunicación’ se compone de diez principios básicos que atienden a las facetas que hemos considerado más importantes. Cada principio se acompaña de un comentario justificativo de su importancia. Se añaden recomendaciones prácticas que podrían ser utilizadas por los servicios para poner en práctica dicho principio.

Se trata de un código de mínimos no exhaustivo, es decir, que no agota todas las facetas y elementos de la buena comunicación y así debe ser entendido. Una vez completo el código y alcanzado el nivel de consenso en todos sus puntos, la estrategia a seguir sería propiciar un debate en cada uno de los Servicios Asistenciales, para, a continuación, responder a una encuesta (elaborada por el PIOA) para conocer cual es la situación en cada uno de los Servicios y las medidas necesarias a adoptar para cumplirlos.

La etapa final pasaría por que cada servicio elaborara su propia estrategia de comunicación. Además, las recomendaciones que emanen de este ejercicio podrían incluirse como propuestas en los futuros contratos programa y recogerse en los acuerdos de gestión.

CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN

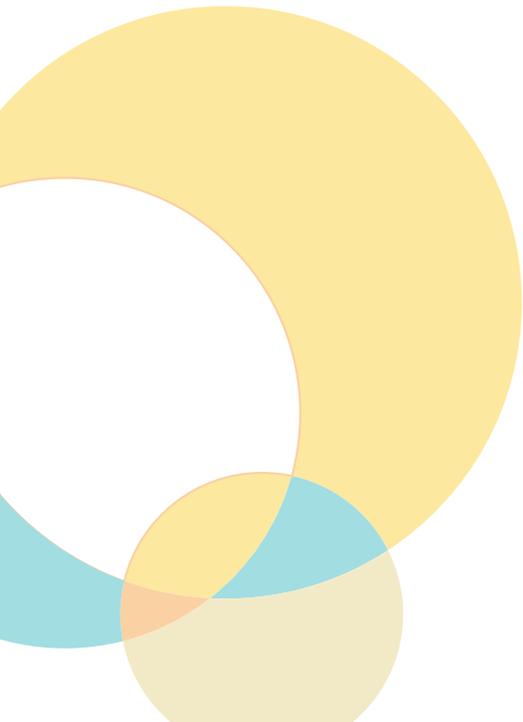
1. Se debe proporcionar a pacientes y familiares, desde el momento inicial de la enfermedad, una adecuada información de su diagnóstico, pronóstico y las opciones de tratamiento que se le ofrecen.

Comentario

Existen pocas dudas acerca de la necesidad de cumplir este principio, de su calado ético (principio de autonomía y beneficencia) y también de su importancia desde el punto de vista terapéutico: una persona bien informada sentirá más de cerca su pertenencia al equipo de profesionales que intenta mejorar su salud y tendrá los argumentos necesarios para colaborar (o no) con él.

No es fácil, sin embargo, definir qué es una información adecuada, pero deberá tener, al menos, estos ingredientes:

- La información que la persona usuaria solicite, en extensión y profundidad.
- Que le ayude a comprender mejor el proceso de su enfermedad.
- Relativa tanto al diagnóstico como al tratamiento y pronóstico.
- Que le ayude a mantener un estado óptimo de salud.
- Que le ayude a tomar decisiones positivas para su salud.
- Que le ayude a reforzar comportamientos saludables.
- Que sirva para orientar a cada paciente y su familia en el funcionamiento de la asistencia.
- Que le permita recibir atención en cualquier otro dispositivo.



8 - CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN

2. Un requisito básico es que esta información sé de en un tiempo y en un espacio adecuados.

Comentario

La calidad de la comunicación, sobre todo ante malas noticias, con potencial compromiso para el bienestar físico o incluso la vida, precisa de unas condiciones prefijadas bastante exigentes. En ese sentido, si se transmite sensación de prisa, informalidad, distracción..., estamos invalidando gran parte del valor de la información y la comunicación, además de inducir falta de confianza y credibilidad hacia las y los profesionales.

Recomendaciones

- El servicio dispondrá de un espacio adecuado para la información, sin teléfonos o interfonos de comunicación interna o externa (al menos durante el tiempo de entrevista).
- En los espacios de consulta deberá señalarse la obligatoriedad de que la puerta permanezca cerrada en todo momento (luz de aviso, cartel o cualquier otra señal o código visible).
- Se evitará que las consultas contengan material que pueda ser necesitado con cierta premura (historias clínicas, material de curas o de exploración...) por alguien del servicio.
- En la planificación de la asistencia se dará el tiempo necesario (agenda de citas), tanto de forma general (por ejemplo el primer día de visita) como de forma concreta, para cada paciente (por ejemplo en la primera revisión tras finalizar el tratamiento inicial).
- El cumplimiento de estas consideraciones deberá ser supervisado por algún miembro del servicio, previo acuerdo interno.

CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN- 9

3. Deberá en todo momento asegurarse la necesaria intimidad de pacientes y familiares.

Comentario

Es esencial que se busquen espacios o condiciones en los que la comunicación pueda realizarse de manera reservada, sin la presencia de personas ajenas a la atención. Cada paciente tiene derecho a que los actos clínicos no sean interrumpidos por la presencia de personas que no tengan relación directa con los mismos.

Respetar la intimidad significa también dar la oportunidad a los usuarios y usuarias de expresarse, responder a las preguntas y dudas que puedan plantear y sobre todo mantener una actitud de serenidad.

Recomendaciones

- No deberá hacerse exposición pública de los nombres de pacientes (listados, esperas en consulta), sino sólo de las iniciales.
- En los espacios públicos no deberá darse información que pueda relacionar a una determinada persona con su enfermedad (como ejemplos: “ya ha llegado su PSA”, “la citología es negativa”...).
- En las historias y documentos escritos no deberá reseñarse nada que no esté relacionado con la enfermedad.
- No deberán simultanearse consultas a pacientes diferentes en el mismo espacio físico.

4. Como el cáncer es en general un proceso con diferentes etapas, el equipo de profesionales deberá proporcionar la información necesaria en cada momento evolutivo.

Comentario

Es sabido que, a lo largo del proceso asistencial pueden surgir circunstancias (pronósticos, diversos tratamientos, etc.) que hacen que la información pueda cambiar de un momento a otro. A su vez, las necesidades de cada paciente pueden cambiar y, de hecho, cambian también a lo largo del proceso. Es frecuente, por tanto, que, en los momentos iniciales, el interés se centre, sobre todo, en los aspectos más ligados a la toxicidad y los efectos secundarios del tratamiento y a la supervivencia, mientras que el peso de las secuelas aumente en fases posteriores.

Así pues, si la enfermedad se presenta como un problema dinámico, no debe extrañar que la información lo sea igualmente.

Recomendaciones

- Deben estar previstos en la atención a cada paciente o, al menos en cada grupo de pacientes similares, los momentos en los que, de manera explícita, deba darse información precisa. Por ejemplo, debería establecerse que, además de la primera visita, deba darse información en la revisión pos-tratamiento, en la revisión de los dos primeros años, en la de los 5 años, etc.
- Deben registrarse en la historia clínica de cada paciente, tanto las fechas en las que se proporciona esta información, como el contenido de la misma (de forma sintética).

CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN- 11

5. Todos los elementos que rodean la atención a pacientes (citas, esperas, salas de espera, demoras en pruebas, etc.) influyen en el establecimiento de una buena comunicación.

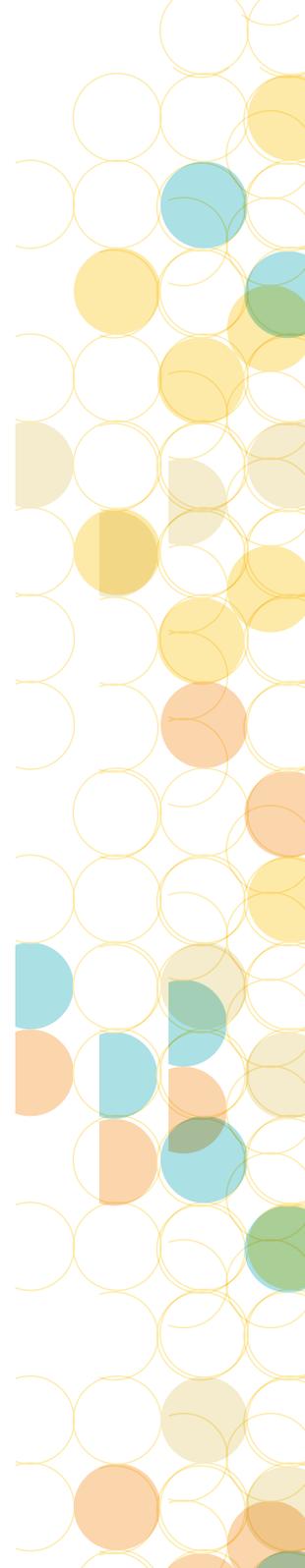
Comentario

La comunicación está formada por los mensajes verbales y no verbales que se establecen entre sujetos. En todas las situaciones, pero especialmente en aquellas que comportan mayores cargas emocionales, que esta comunicación pueda establecerse o no va a depender de una amplia variedad de factores, con pesos distintos, pero todos en cierta medida importantes. Por tanto, es crucial no descuidar aspectos tales como el tiempo de espera, el conocimiento de los motivos de la espera, el confort o el orden del espacio.

Notamos con facilidad cuando las cosas están o no pensadas para nosotros o nosotras, en escenarios en los que se supone que debemos ser el centro. Por ello, cuando todo lo que rodea a la atención asistencial no está claramente pensado para esa persona concreta, ésta lo siente de forma inmediata y generalmente certera.

Recomendaciones

- El diseño (funcional y estructural) de la sala de espera del servicio debe estar pensando para las y los pacientes.
- Los criterios que hacen adecuada una sala de espera deben estar escritos y consensuados con la dirección del hospital.
- La distribución horaria de las citas debe establecerse con criterios de realidad, es decir, desde la seguridad de su cumplimiento rutinario.
- Deberá adecuarse la agenda al tipo de pacientes y al tiempo que requieren.
- Debe existir un espacio de tiempo previsto (programado) para pacientes no programados (urgentes).



6. Para alcanzar una adecuada comunicación se requiere que las y los profesionales posean conocimientos suficientes y habilidades específicas.

Comentario

Muchas de las dificultades que aparecen en la práctica profesional, aún tratándose de profesionales de la salud con alta preparación en aspectos técnico-sanitarios, se deben al desconocimiento de estrategias útiles de comunicación y habilidades de relación. Por otra parte, existen evidencias de que las habilidades de comunicación pueden aprenderse y, además, pueden aplicarse de forma eficiente en la práctica. Sin embargo es frecuente que no concedamos a esta formación el mismo espacio y tiempo que a otras áreas de conocimiento, intentando hacer coincidir simpatía, cordialidad o empatía con buena comunicación y capacidad para informar. Aunque no podamos cambiar la cantidad de tiempo que dedicamos a cada paciente, sí que podemos cambiar la calidad de ese tiempo.

Conviene, además, remarcar que la mayoría de las quejas de pacientes no se refieren a la competencia profesional sino a problemas de comunicación.

Recomendaciones

- La totalidad de profesionales de cada servicio, de los distintos estamentos y profesiones, deben tener una formación básica en comunicación e información, reglada y acreditada.
- Algún miembro del servicio ha de tener formación avanzada o el servicio ha de contar con asesoría en este sentido (profesionales de la psicología, otros departamentos...)
- El servicio debe tener diseñado un plan de comunicación, fruto de una reflexión interna y del debate acerca de cómo hacer esta función de la mejor manera posible.
- Además, debe existir alguna estrategia diseñada con ayuda externa (psicología, salud mental, otras agencias...) para el cuidado del propio equipo de trabajo.

7. La comunicación irá dirigida a que cada paciente tome parte activa en todas las decisiones de su proceso asistencial.

Comentario

Cada paciente tiene el derecho a participar, de forma tan autónoma como sea posible, en las decisiones sobre los tratamientos que se le administren en las diferentes fases de su enfermedad. Debe, sobre todo, poder elegir entre tener un papel activo en la decisión o delegarla (total o parcialmente) en su referente médico o en su familia. Nuestro objetivo asistencial debe ser alcanzar un clima de comunicación que permita que la toma de decisiones relevantes sea compartida entre paciente y equipo asistencial.

Recomendaciones

- El servicio dispondrá de materiales adecuados para la toma de decisiones compartidas.
- De no disponer de este material, existirá, al menos, información escrita de calidad sobre las diversas pruebas diagnósticas (fiabilidad, utilidad...) y los diferentes tratamientos (resultados esperables, toxicidad específica y general...).
- Existirá acuerdo dentro del servicio sobre la información a suministrar a sus pacientes en cada situación relevante (cambio de tratamiento, cambios en el curso evolutivo...) y su correspondiente reseña en las historias clínicas.
- El servicio habrá reflexionado acerca de la estrategia a seguir cuando una persona se niega a seguir las recomendaciones profesionales u opta por alguna terapia alternativa.

8. Además del diálogo abierto y permanente, la información deberá completarse con material escrito.

Comentario

La información escrita, aunque no debe sustituir al dialogo abierto y permanente, es un complemento eficaz de la información oral. Por lo tanto, habremos de dotarnos de este tipo de instrumentos, verificando su utilidad y revisándolo cada cierto tiempo.

El material escrito tiene la ventaja de ser permanente y de poder ser consultado en cualquier momento, permitiéndole a la persona que lo utiliza individualizar el aprendizaje a la hora de asimilar la información. El personal sanitario deberá usar adecuadamente este material, entregándoselo a sus pacientes, a la vez que les informa de cuál es su objetivo y los anima a resolver las dudas de forma directa.

El Consentimiento Informado debe garantizar que la información ha sido suministrada y entendida. Por tanto, es básicamente oral y su firma debe significar que la persona ha entendido la información recibida.

Recomendaciones

- El servicio dispondrá de material escrito para pacientes y familiares. Este material habrá sido confeccionado con criterios explícitos de calidad (en el contenido y en la forma).
- Estos documentos deben tener varios niveles de complejidad y de amplitud o, al menos, deberá existir información acerca de qué documentos puede recibir un determinado grupo de pacientes que desee mayor información.
- En estos documentos se sugerirá siempre la posibilidad de consultar directamente al equipo asistencial cuando una persona tenga dudas o precise información más puntual y precisa.
- En el servicio se llevará a cabo una revisión activa y periódica de los documentos existentes y de los nuevos que pudieran agregarse.
- Deberá estar definida, además, la identidad de la persona responsable de dar estos documentos y en qué forma y momento.

9. Cada paciente deberá de tener un referente profesional claro y, a ser posible, único, durante todo el proceso asistencial.

Comentario

En estos momentos tenemos la responsabilidad y el problema de cómo dotar de algún referente que se responsabilice de cada paciente, dentro de un proceso asistencial cada vez más complejo (también más interdisciplinario) y dentro de un sistema sanitario con especial tendencia a atomizar los dispositivos y los propios problemas de salud.

Sin embargo, una reivindicación constante de pacientes y familiares, es tener un referente asistencial al que puedan acudir. También tener un teléfono en el que puedan consultar sus dudas o referir sus molestias y síntomas.

Recomendaciones

- El servicio deberá organizarse de forma que cada paciente pueda tener un referente médico y de enfermería a lo largo de todo el proceso asistencial.
- En su caso, especialmente en las UFO², es posible que el referente sea por proceso asistencial más que por servicio. Este referente se establece igualmente para enfermería.
- Habrá de estar establecido, de forma explícita en el servicio, cuál es la función de estas figuras de referencia y su grado de responsabilidad (evaluación de resultados sobre sus pacientes o sobre determinadas patologías).
- Esta figura de referente deberá estar asumida en la forma de trabajo y establecerse las suplencias por bajas, vacaciones u otras.
- Cuando el proceso asistencial dificulte de forma insalvable la figura de un referente único, el o la paciente deberá recibir información de las razones de esta imposibilidad, así como los nombres de otras figuras de referencia en las unidades por las que deba pasar.

10. Las medidas relacionadas con la comunicación y la información a pacientes con cáncer y a sus familias desde los dispositivos asistenciales, deben ser fruto de una amplia reflexión y estar contenidas en estrategias adecuadas y completas.

Comentario

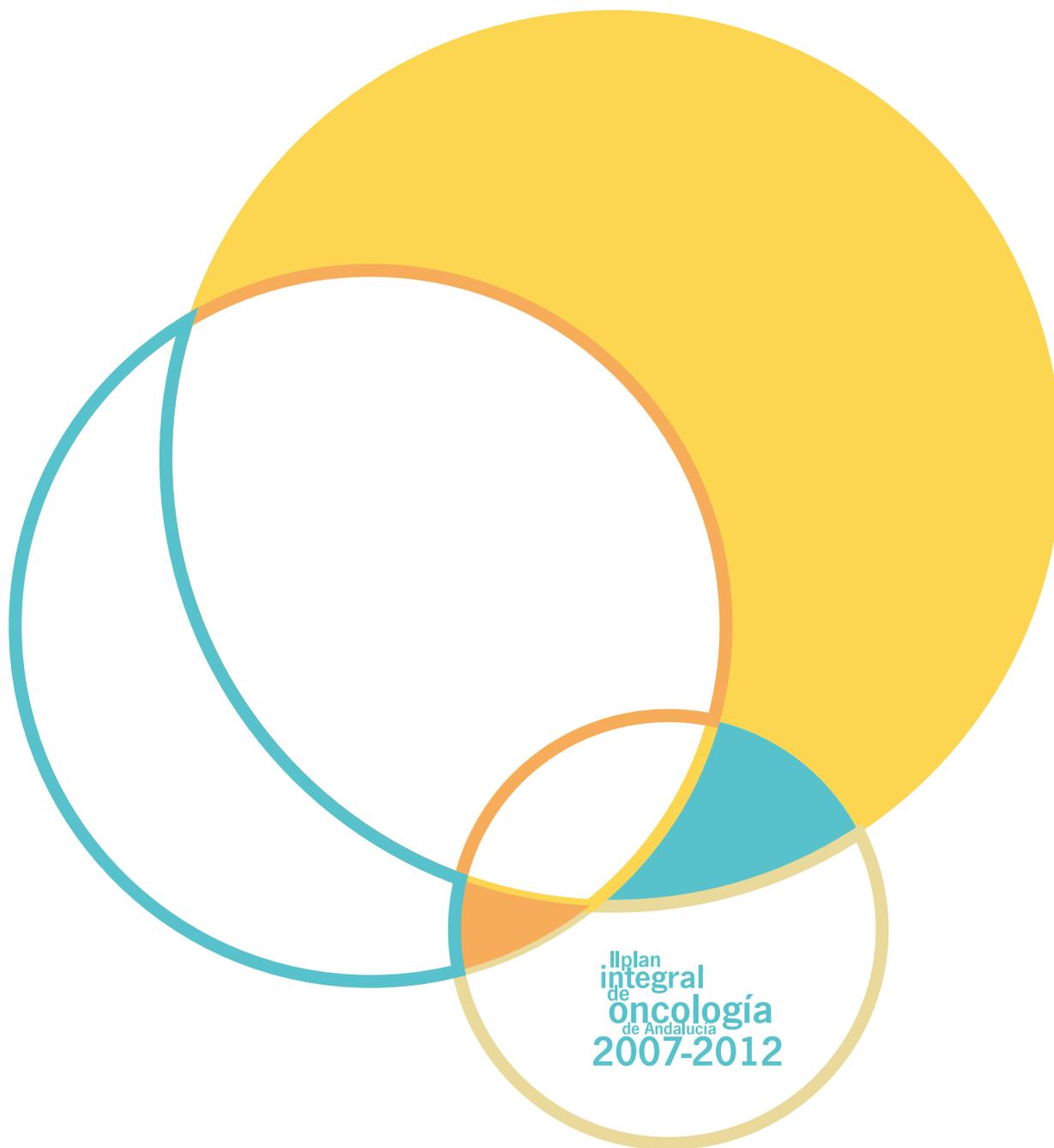
Todas estas normas básicas y aquellas que pueden añadirse, ponen el acento en que el tema de la comunicación y de la información es una cuestión compleja que con frecuencia dejamos a la improvisación o la buena voluntad.

Sin embargo, hay argumentos sobrados que permiten señalar que se trata de elementos cruciales si queremos dar a las y los pacientes una atención de calidad, que cubra lo que esperan del sistema sanitario al que acuden.

Estas medidas deben abarcar a todo el personal que trabaja en torno a este tipo de pacientes. Cada cual desde su grado de responsabilidad y también desde su grado de contacto con la persona enferma.

Recomendaciones

- Los servicios deberán elaborar un Plan de Comunicación en el que se recojan todas las estrategias relacionadas con estos importantes aspectos de la atención sanitaria.
- Debería de existir, en cada servicio o en cada UFO, una persona encargada de supervisar el cumplimiento de este Plan, sus dificultades y los cambios que se precisen introducir.
- Los servicios deberán poner a disposición de sus pacientes un buzón de sugerencias, que habrán de ser valoradas de forma periódica por la persona responsable de comunicación.
- Los hospitales que atienden pacientes con cáncer deben trabajar de forma activa y decidida para conformar un grupo de pacientes, familiares y representantes ciudadanos de los que obtener asesoramiento sobre éste y otros temas. Este foro de pacientes debe trabajar de una manera explícita, diseñada y aprobada de forma conjunta.



18-CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN

Bibliografía

1. Acinas Acinas P. Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2004.
2. Albert Cuñat V. Entrevista clínica. SEMERGEN. 2000; 26: 297-8.
3. Artell JJ, Jovell A, Navarro M, Cirera M. Necesidad y demanda del paciente oncológico. Barcelona: Fundación Salud Innovación Sociedad; 2002.
4. Burkhalter, J. E. , Bromberg, S. R.. Family-oncologist communication in cancer patient care. *Cancer Invest.* 2003; 21: 915-23.
5. Cleries Costa X, Borrell Carrió F, Epstein RM, Kronfly Rubiano E, Escoda Aresté JJ, Martínez - Carretero JM. Aspectos Comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria.* 2003; 32:110-17.
6. Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ.* 2005; 331:1199-201.
7. Domínguez-Nogueira C, Expósito Hernández J, García-Wiedemann E. Análisis de la calidad de los documentos informativos destinados a pacientes con cáncer. *Calidad Asistencial.* 2005; 20:377-84.
8. Domínguez-Nogueira C, Expósito-Hernández J, Barranco-Navarro J, Pérez-Vicente. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Calidad Asistencial.* 2007; 22(1):44-9.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1997; 196:129-36.
10. Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Grupo Aula Médica; 1996.
11. Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine.* 1988; 27:637-644.
12. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Encuesta de Satisfacción de usuarios. (Consultada enero 2007). Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores>
13. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2005-2008). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
14. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología de Andalucía (2002-2006). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2002.
15. Junta de Andalucía .Consejería de Salud. III Plan de Salud (2003-2008). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003.
16. Maderuelo Fernández JA, Carriedo Ule E, Serrano Temprano M, Almaraz Gómez A. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Atención Primaria.* 1996; 17: 348-52.
17. Moreno Caballero B, Castro Barrio M, Conde Berajano C. Importancia de la Información escrita para pacientes. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2001; 8:583.
18. Pereira Tercero R, Marijuán Angulo, M^a. Comunicación del diagnóstico de cáncer: grado de información y actitud de los pacientes. *Dolor.* 1991; 6:72-5.
19. Pire Stuar T, Grau Avalo J, Llantá Abreu MC. La Información médica al paciente oncológico. *Revista Cubana Oncología.* 2001; 17-2:105-10.
20. Regina Secoli S, Pezo Silva, MC, Alves Rolim, M et al. El cuidado de persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. *Index Enferm.* 2005; 14 (51):34-9.
21. Rodríguez J, López S. Tenencia y deseo de información en pacientes oncológicos. *Revista ROL de Enfermería.* 1998; 94:19-21.
22. Rodríguez Marín, J. *Psicología Social de la Salud.* Madrid: Síntesis, 1995. Páginas 143-160.
23. Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica.* 2003; 6:159-67.
24. Ruiz Moral R, Epstein R, Rodríguez JJ. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atem. Primaria.* 2003; 32:594-602.
25. Servicio Andaluz de Salud. Libro de estilo del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2003.
26. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991; 303:1385-7.
27. Torío Durán J y García Tirado MC. Relación Médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Atención Primaria.* 1997; 19: 27-34.
28. Torío Durán J, García Tirado MC. Relación Médico-Paciente y entrevista clínica: opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria.* 1997; 19:44-60.
29. Valentín V, Murillo MT, Valentín M, Royo D. Cuidados Continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Picooncología.* 2004; 1(1):155-64.
30. Zoppi K, Epstein RM. ¿Es la comunicación una habilidad?. Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *Anales.* 2001; 24: 23-31.

plan
integral
de
oncología
de Andalucía
2007-2012



PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA
DE ANDALUCÍA

Andalucía
al máximo



JUNTA DE ANDALUCÍA