

EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN AL CÁNCER. DE CUANDO EUROPA SE PRESENTÓ EN EL COMITÉ DE TUMORES

Josep M. Borrás

*Profesor de la Universitat de Barcelona (UB),
Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL)*

Joan Prades

Polítologo, Investigador del Plan Director de Oncología, Generalitat de Catalunya

RESUMEN

En el contexto de la llamada lucha contra el cáncer, la organización de los servicios sanitarios no resultó ser un objetivo europeo hasta 2007, con la Presidencia portuguesa del Consejo Europeo y tras la constatación de que las diferencias en supervivencia relativa entre países europeos debían atribuirse en parte a la organización y la calidad en la provisión de servicios. La prioridad establecida por el marco europeo focaliza con especial énfasis la atención multidisciplinar, un modelo organizativo que conlleva una redistribución de competencias y responsabilidades en torno a los profesionales con mayor potencial en el logro de la efectividad clínica. La *visión europea* que surge tras el esfuerzo en investigación y consenso sobre el rol y los objetivos que deben asumir los equipos de atención multidisciplinar es determinante en la configuración del modelo de atención actual, más integrado y mayormente capaz de responder a los retos de la creciente complejidad que presenta la atención al cáncer.

1. INTRODUCCIÓN

No fue hasta 1985 que la palabra Europa tuvo claras resonancias en el mundo del cáncer. Fue en ese año, en Milán, cuando el programa *Europa Contra el Cáncer* fue asumido por los estados miembros y cobraba forma la creencia de que una acción concertada en la llamada lucha contra el cáncer era necesaria a escala europea. Como proponían los expertos del momento, cabía desarrollar estrategias compartidas para hacer frente a una enfermedad que ya afectaba a casi 1 de cada 3 europeos y europeas. Dicho programa, apoyado políticamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC), abordó explícitamente tres áreas: la necesidad de generar fuentes estadísticas para evaluar el control de la enfermedad, la coordinación de la investigación y, sobre todo, el desarrollo de políticas de cribados y prevención primaria (i.e. relacionados con el hábito tabáquico y los agentes cancerígenos). Sin embargo, ese impulso inicial no abordó lo que, probablemente, también fruto de una creencia compartida, *tenía que* quedar bajo la custodia de los estados: la organización de la atención y la provisión de servicios sanitarios y, por extensión, el conjunto de la política oncológica.

Tras un apagón político de varios años, la Presidencia del Consejo Europeo en Portugal en 2007 devolvió el cáncer a la agenda europea y —esta vez, sí— se señaló la necesidad de abordar la llamada *integrated care*.¹ Por el camino se habían publicado resultados sucesivos del programa EURO CARE, que compara la supervivencia relativa entre países europeos por patología tumoral, y que constituye un hito en el ámbito al poder asociar la calidad de los resultados y la organización en la provisión de servicios, mostrando notables diferencias entre países europeos.² Cómo describiría uno de los expertos involucrados en la nueva agenda del cáncer, “la atención oncológica es un problema de organización del sistema sanitario: todas las partes del proceso de atención deben organizarse lógicamente y comunicarse y coordinarse eficazmente”.³

Con la decisión de devolver el cáncer a la agenda europea se hacían explícitos dos aspectos clave que tienen plena vigencia en la actual política de cáncer europea. Primero, los resultados clínicos pueden mejorar en la mayoría de países europeos si:

- Toda la diversidad de actividades y servicios oncológicos se realizan cerca de los niveles alcanzados por los mejores sistemas de salud, incluyendo la psicooncología, la calidad de vida y los cuidados paliativos.
- Si se aplica lo que sabemos que es efectivo, combinando los cambios organizativos dirigidos a mejorar la atención multidisciplinar con terapias basadas en la evidencia.

Segundo, los Planes de Cáncer, a saber, el conjunto de estrategias destinadas a reducir el impacto de la enfermedad en la sociedad de que disponen la mayor parte de países europeos, son identificados como la interfaz entre la Comisión Europea/Estados Miembros y los agentes de salud (gobiernos nacionales y regionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, entre otros) en la proyección político-institucional de aquellos hallazgos científicos, prácticas organizativas o documentos de consenso realizados y promovidos desde el nivel europeo.

La constitución del Partenariado Europeo para la Acción Contra el Cáncer (EPAAC)⁴ en 2009, una *Joint Action* impulsada por la Comisión Europea, personifica este primer intento de desarrollo de una visión europea sobre la introducción de nuevas aproximaciones para mejorar el control del cáncer. En identificar y evaluar las mejores prácticas en organización de la atención oncológica, tal y como el grupo de expertos reunido en Lisboa hiciera en 2007, se singulariza la atención multidisciplinar. Sin embargo, a qué se debe dicha importancia?

2. ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR: UN MOTOR DE CAMBIO PARA LOS SERVICIOS ONCOLÓGICOS

El cáncer es una patología grave que a la vez tiene una presencia muy grande en el sistema sanitario: implica varios niveles de atención, agrupa a muchas disciplinas médicas y quirúrgicas, así como enfermería y otros profesionales sanitarios, y moviliza una gran cantidad de recursos humanos y tecnológicos en el abordaje de las diferentes áreas de intervención (diagnóstico, tratamiento, supervivencia, atención de apoyo, consejo genético, paciente frágil, etc.). Su buena o mala gestión tiene un gran impacto clínico y asistencial, puesto que el gran número de profesionales involucrados y la propia complejidad del proceso diagnóstico-terapéutico abonan un terreno con un enorme potencial para que prosperen problemas de coordinación y una pobre comunicación.⁵

Pensemos en un paciente de cáncer de recto en estadio III que requiere radioquimioterapia neoadyuvante (previa a la cirugía), cirugía y quimioterapia adyuvante. Éste no puede ser gestionado bajo la presunción de efectividad de un solo clínico que enarbola “la mejor evidencia” y que realizará únicamente una parte de la compleja estrategia terapéutica que requiere este paciente. De hecho, este caso requiere la implicación de cirugía, oncología médica, oncología radioterápica, un gastroenterólogo, anatomía patológica y enfermería, como mínimo. Los procesos clínicos en oncología son cada vez más participados e interdependientes, pero una parte significativa de los hospitales en el Sistema Nacional de Salud se sostiene en jerarquías clásicas que fomentan una cultura piramidal, reacia a la comunicación horizontal⁶. Dicha jerarquía, de la cual depende la gestión clínica de los pacientes oncológicos, responde a la estructura de servicios hospitalarios que caracteriza cualquier centro y que puede constituir una frontera organizativa en la medida en que se ésta se configure como conjunto de departamentos estancos.

En muchos centros, las relaciones entre profesionales (intraservicio) se explican por la posición que ocupan las personas en la jerarquía (jefe de servicio, jefe de sección, médico adjunto, etc.), más que por las habilidades adquiridas y la disposición de conocimiento experto. De este modo, la integración (extraservicio) de uno de *sus* miembros en una estructura multidisciplinar puede equivaler

a “perder el control” sobre el mismo o directamente “desmembrar el servicio”. Esta perspectiva debe ser entendida en el contexto de un esquema de gestión hospitalario marcado por “pocos escalones en la escala retributiva [y] unas relaciones de puestos de trabajo muy limitadas en jerarquía [...]”.⁷ Esta situación ha influido en los modelos de atención producidos en la última década, proyectándose como referencia aquellas prácticas que fomentan una redistribución de responsabilidades en torno a los profesionales con mayor potencial de logro de la efectividad clínica.⁸

3. GESTIÓN DEL CAMBIO: FOMENTAR LA ESPECIALIZACIÓN POR PATOLOGÍA TUMORAL, CENTRALIZAR EL CONOCIMIENTO Y DESCENTRALIZAR LA GESTIÓN CLÍNICA

Más que por innovaciones procedentes de la oferta, la atención multidisciplinar en oncología adquiere relevancia en la medida en que debe responderse a una rápida expansión de la variedad de tratamientos potencialmente eficaces que implica dilemas sobre las opciones terapéuticas y sobre cómo deben ser presentadas a los pacientes.⁹ Es principalmente la complejidad de las diferentes enfermedades oncológicas, junto al volumen de casos, el elemento que espolea la especialización profesional por patología tumoral y el cambio organizativo. Específicamente, la consideración global de los procesos de atención debe entenderse como una reacción a cuatro mecanismos (*drivers*):

- Elevada incidencia/volumen de nuevos casos de cáncer
- Redistribución de competencias (i.e., los radiólogos realizando biopsias que antes hacían cirujanos, administración de fármacos orales)
- Innovación terapéutica en radioterapia y quimioterapia, lo que ha permitido hacer operable a más neoplasias (i.e., cáncer colorrectal)
- Mayor combinación de estrategias terapéuticas (multimodalidad)

En relación al proceso de cambio, debe destacarse que la cristalización de equipos multidisciplinarios por patología tensiona la estructura en el sentido de descentralizarla. El motivo es que la autonomía de las nuevas agrupaciones transversales, los equipos multidisciplinarios organizados sobre la base de una patología tumoral, implica una cierta redistribución del poder dentro de las organizaciones. El proceso de descentralización interna se produce de la siguiente manera:

Desde la perspectiva del conocimiento:

- Se centralizan los procesos de atención, produciéndose una atención multidisciplinar bajo nuevas formas organizativas: comités de tumores por patología situados en el diagnóstico, unidades clínicas, enfermera gestora de casos, consultas de seguimiento multidisciplinarias, etc.

Desde la perspectiva del proceso de atención:

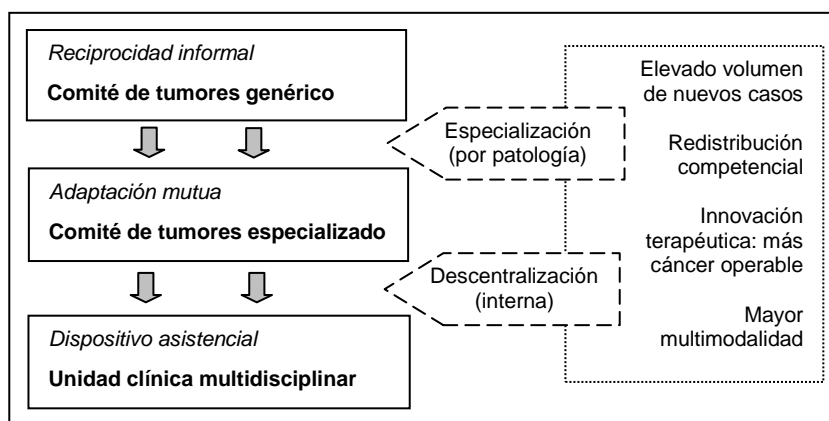
- Se descentralizan en un nuevo marco de referencia los profesionales y el conocimiento de que disponen, hasta el momento dándose en compartimentos estancos (los servicios); la continuidad asistencial puede ser abordada, así, de un modo mucho más funcional.

La especialización por patología tumoral, en todo caso, no conlleva por defecto la descentralización interna, sino que cabe una acción directiva para que la “cesión de profesionales” a los equipos multidisciplinarios y la estabilidad de los servicios se alineen debidamente. El resultado deben ser estructuras completas y funcionales que superen una concepción secuencial del proceso asistencial en el que unas decisiones se superponen a otras.

4. NIVELES DE DESARROLLO DE LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Actualmente se observan importantes diferencias cualitativas por equipo en relación con este proceso (la Figura 1 lo refleja en su conjunto). Tres son los escenarios de organización que cabe identificar. Primeramente encontramos un modelo marcado por la *reciprocidad informal* entre clínicos, los cuales presentan casos en comité de un modo discrecional con el fin de obtener recomendaciones y derivar a pacientes para la continuación del tratamiento. La aproximación generalista al cáncer, notoria en este modelo, genera un marcado salto comunicativo entre especialistas que se evita, en el segundo, como consecuencia de la especialización por ámbito tumoral, una situación que permite desarrollar una atención oncológica basada en perfiles de pacientes. Este modelo, de *adaptación mutua*, no solo se expresa en el nivel de competencia profesional sino que también organizativamente: el comité de tumores especializado se configura como mecanismo de coordinación explícito del equipo. Dicha disposición reclama la presencia de las especialidades diagnósticas, además de las terapéuticas, y el consenso en una toma de decisiones que puede involucrar objetivos asistenciales más amplios como son la coordinación de la investigación clínica o la planificación de la atención de los supervivientes de cáncer.

Figura 1. Proceso de innovación en el cambio del modelo de coordinación de servicios oncológicos



La extensión de la especialización por ámbito tumoral mediante comités de tumores conlleva una situación de gran potencial de mejora de la efectividad clínica y, asimismo, crítica desde la perspectiva de las necesidades de coordinación de profesionales marcadamente expertos en un entorno fragmentado en servicios. Son escasas aunque reseñables las experiencias de equipos (o centros) que han dado un paso más en términos de comunicación y coordinación y han apostado por una descentralización hospitalaria (interna) a partir de identificar un *dispositivo asistencial* específico que comprende el proceso asistencial en su conjunto. Desplegar este tercer modelo implica un espacio físico que es puerta de entrada de un perfil específico de pacientes para todo el hospital, además de lugar de referencia para la atención primaria de la zona, servicios hospitalarios y pacientes.

El desarrollo de estructuras multidisciplinarias produce un organigrama más complejo que el conjunto de pirámides al que reducíamos la medicina hospitalaria: se trata de una estructura matricial en la medida en que ciertos profesionales ejercen su tarea en el marco de un equipo toda vez que dependen orgánicamente de su servicio. Es un escenario asistencial que ofrece, según la evidencia, una mejor disposición para incrementar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes oncológicos. *Last but not least*, es muy relevante señalar que la aplicación efectiva de la combinación terapéutica inicial tiene valor pronóstico en la supervivencia del paciente,^{10,11} por lo que el consenso multidisciplinario es esencial en este punto.

5. UN PUNTO DE PARTIDA COMPARTIDO EN EUROPA Y ALGUNOS RETOS

Recientemente, el marco que ofrece EPAAC sirvió para que un grupo de consenso formado por representantes de sociedades científicas europeas, asociaciones de pacientes y partes interesadas consensuara una declaración institucional conjunta (*Policy Statement*) sobre la atención multidisciplinar en cáncer,¹² estableciendo los elementos esenciales relativos a los objetivos que debían asumir los equipos, su organización, evaluación e información clínica, y la implicación del paciente. La declaración está destinada a orientar cambios a través de todos los sistemas sanitarios europeos, unas innovaciones cuya implementación varía el modo como los profesionales trabajan — *superando* la lógica de los servicios y del propio hospital—, y desencadenan micro-procesos que tienen consecuencias sobre su identidad y el conjunto de la dinámica de la organización.¹³ Sobre el conjunto de propuestas, destacan dos por tener una mayor posibilidad de impacto en los modelos de atención multidisciplinarios: las redes de atención al cáncer y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Para entender por qué las llamadas *Cancer Networks*, a saber, redes organizadas de diferentes hospitales de un territorio concreto, son soluciones organizativas que se retroalimentan con la atención multidisciplinar, cabe recordar que la complejidad clínica crece ininterrumpidamente mientras que la experiencia clínica no se distribuye de manera uniforme entre los diferentes proveedores o profesionales. Es decir, con el fin de optimizar la *expertise* clínica y el uso de la tecnología (incluyendo el ámbito quirúrgico, el de las terapias dirigidas, la radioterapia o las pruebas de consejo genético), es necesario establecer un sistema que permita a los profesionales trabajar a diferentes niveles hospitalarios dentro de la misma red, permitiendo que las capas más expertas lideren las decisiones clave delante de la alta complejidad clínica.¹⁴

Este sistema puede permitir, por ejemplo, que el paciente con cáncer de páncreas sea intervenido por un cirujano experto en un hospital de tercer nivel que trabaja en el marco de un equipo multidisciplinar especializado en dicha patología, y que posteriormente pueda realizar el seguimiento en el servicio de oncología de su hospital de referencia gracias a la existencia de un protocolo clínico compartido y de unos canales de derivación e información estructurados y consensuados. Dado que los profesionales, en lugar de los gerentes, son los auténticos nodos operativos en el día a día de una red que enlaza transversalmente diferentes organizaciones, se entiende que la capacidad de los profesionales para cooperar localmente a nivel multidisciplinar (como modelo organizativo y sustrato cultural) deviene un ingrediente necesario para la colaboración a nivel de red. En Europa, podemos encontrar modelos de atención de este tipo en Rhône-Alps, Toscana o Reino Unido. Sin embargo, esta misma lógica de actuación se viene aplicando en la concepción de las nuevas Redes Europeas de Referencia (ERN) para las enfermedades raras [Directiva 2011/24EU], incluyendo los cánceres raros.¹⁵ La escasa masa crítica de pacientes de que se dispone en este ámbito, ya sea a nivel asistencial como de investigación clínica, ha llevado a establecer redes de rango europeo, superando así el escenario de regiones y estados.

El segundo reto que se identifica en el ámbito de la práctica clínica multidisciplinar es el uso de las TIC, por ejemplo, con la aplicación de videoconferencias para reducir las barreras logísticas y fomentar la comunicación entre equipos multidisciplinarios de diferentes centros que se derivan pacientes o para consultas específicas sobre un paciente.¹⁶ Sin embargo, hay un consenso amplio en entender que un equipo sólido es algo más que “un conjunto de individuos conectados digitalmente”.¹⁷ La interacción cara a cara y el intercambio fértil entre culturas especializadas son condiciones necesarias clave para la posterior implantación de las TIC.

6. CONCLUSIÓN

La atención al cáncer puede ser vista como un laboratorio de los cambios organizativos que ocurren a nivel micro (gestión clínica), meso (gestión hospitalaria) y macro (sistema sanitario) para el

conjunto de la sanidad. El caso expuesto sobre el desarrollo de la atención multidisciplinar es un claro ejemplo de la necesidad de alinear los tres niveles de gestión, incluyendo la instancia europea, con el fin de lograr una nueva conceptualización de un problema de salud que requiere modelos de atención capaces de responder a los retos de la creciente complejidad y consistencia en la atención que merecen los pacientes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Gouveia, J.; Coleman, M.P.; Haward, R. et al. (2007): Improving cancer control in the European Union: Conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese EU Presidency. *Eur J Cancer*. 2008; 44:1457-62.
- ² Sant, M.; Allemani, C.; Santaquilani, M.; Knijn, A.; Marchesi, F.; Capocaccia, R. (2009): EUROCORE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *Eur J Cancer*. 45: 931-91.
- ³ Haward, R. (2008): Organising a comprehensive framework for cancer control. In: Responding to the challenge of cancer care in Europe. Coleman MP, Alexe D-M, Albrecht T, McKee M (Eds). Institute of Public Health of the Republic of Slovenia and European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP), Ljubljana, Slovenia, 113-134.
- ⁴ Communication from the Commission on Action Against Cancer: European Partnership. COM; 2009. 291/4. European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC). Disponible en: <http://www.epaac.eu>.
- ⁵ Prades, J.; Borràs, J.M., editores. (2011): La organización de la atención multidisciplinar en cáncer en España. Barcelona: Elsevier.
- ⁶ Prades, J.; Borràs, J.M. (2011): Multidisciplinary cancer care in Spain, or when de function creates the organ: Qualitative interview study. *BMC Public Health*. 11:141-51.
- ⁷ López Casanovas, G. (2000): Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2:79-81.
- ⁸ Molleman, E.; Broekhuis, M.; Stoffels, R.; Jaspers, F. (2008): How health care complexity leads to cooperation and affects the autonomy of health care professionals. *Health Care Anal*. 16:329-41.
- ⁹ Fleissig, A.; Jenkins, V.; Catt, S.; Fallowfield, L. (2006): Multidisciplinary teams in cancer care: Are they effective in the UK? *Lancet Oncol*. 7:935-43.
- ¹⁰ Institute of Medicine (1999): Ensuring quality of cancer care. Washington: National Academy Press.
- ¹¹ Smith, T.J.; Hillner, B.E. (2001): Ensuring quality of cancer care by use of clinical practice guidelines and clinical pathways. *J. Clin Oncol*. 19:2886-97.
- ¹² Policy statement on multidisciplinary cancer care: European Partnership for Action Against Cancer Consensus Group. *Eur J. Cancer*. 2014; 50:475-80.
- ¹³ Molleman, E.; Broekhuis, M.; Stoffels, R.; Jaspers, F. (2010): Consequences of participating in multidisciplinary medical team meetings for surgical, nonsurgical, and supporting specialties. *Med Care Res Rev*. 67:173-93.
- ¹⁴ Roy, D.A.; Litvak, E.; Paccaud, F. (2013): Population Accountable Health Networks: Rethinking Health Governance and Management. The Point Publishing, Quebec, Canada.
- ¹⁵ European Commission. European networks of reference for rare diseases. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/european_reference_networks/erf.
- ¹⁶ Korman, H.; Lanni, T.; Shah, C. et al. (2012): Impact of a prostate multidisciplinary clinic program on patient treatment decisions and on adherence to NCCN guidelines: The William Beaumont Hospital experience. *Am J Clin Oncol*. 36:12-25.
- ¹⁷ Crosstalk (2014): Are tumour boards defunct? *Cancer World*. Disponible en: www.cancerworld.org.