

deBAT a deBAT: L'organització de l'atenció oncològica a Catalunya

L'atenció oncològica a Catalunya

Josep M. Borràs

Institut Català d'Oncologia.
L'Hospitalet de Llobregat.

Resum

Un dels temes que de manera més recurrent s'ha discutit en l'organització de l'atenció oncològica és quin ha de ser el grau de concentració i d'especialització dels recursos assistencials per assolir els millors resultats clínics. La freqüència de la malaltia, les millors en la supervivència i la complexitat del seu tractament, que requereix un grau d'especialització notable, així com la participació de diferents especialistes, són factors que cal tenir en compte a l'hora d'organitzar l'atenció sanitària en oncologia, juntament amb l'equitat de l'accés dels pacients a una assistència de qualitat com més a prop possible de la seva residència.

Introducció

Algunes xifres de l'impacte del càncer en la població catalana poden donar idea dels problemes que planteja a l'organització sanitària. Enguany, més de 27.000 persones seran diagnosticades de càncer; en els homes el càncer de pulmó seguit del colorectal i del de pròstata ocupen els primers llocs, mentre que en les dones els més freqüents són el càncer de mama seguit del colorectal i els ginecològics. També cal dir que més de 200.000 persones estan vives avui després de ser diagnosticades i tractades de càncer, xifra que suposa al voltant del 3% de la població catalana. Aquests pacients han de ser controlats amb periodicitat variable segons la història natural de la seva malaltia als diferents hospitals. Una altra manera de conèixer quin és l'impacte del càncer és el risc de desenvolupar-ne un en algun moment de la vida; així 1 de cada 3 homes i 1 de cada 4 dones patiran un càncer (excloent el càncer de pell no melanoma) en algun moment de la seva vida.^{1,2}

Per tant, el càncer és un conjunt de malalties i malalts prou freqüent per a ser diagnosticat i visitat per molts metges en diferents nivells assistencials; això no obstant, la complexitat del tractament en molts casos fa que requereixi un grau d'especialització notable que no es pot assolir tractant només alguns pacients cada any.

En els darrers anys el debat sobre el model assistencial òptim per tractar el càncer ha tornat a sorgir en la política sanitària i en l'oncologia, entre d'altres, per dos tipus diferents de causes: la primera causa es basa en la constatació dels problemes organitzatius de variació en la pràctica mèdica i de qualitat en l'atenció oncològica en alguns països^{3,4}, que han portat a replantejar tota l'organització oncològica⁵. La segona causa és l'increment de la complexitat que suposen els nous tractaments del càncer, com també els factors pronòstics vinculats a la recerca en patologia molecular que, tot i no tenir un paper definit en la decisió terapèutica del càncer, és difícil

preveure que sigui possible disposar-ne a tots els centres per la seva pròpia complexitat i dependència de l'experiència del laboratori de recerca. Aquests factors han replantejat la necessitat de pensar com organitzar l'atenció oncològica.

Una perspectiva des del sistema sanitari català

L'atenció oncològica a Catalunya s'ha basat en la integració de l'oncologia en els hospitals generals tant de referència com en molts hospitals comarcals. De fet, l'única excepció és l'aparició de l'Institut Català d'Oncologia (ICO), que es pot definir com a hospital monogràfic, tot i tenint en compte que la cirurgia es fa a la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, i que per les seves característiques és un cas únic a casa nostra. La integració de l'oncologia en la xarxa sanitària ha suposat una millora en la coordinació de l'atenció en tots els nivells hospitalaris, la creació de comitès de tumors en molts centres amb la consegüent elaboració de protocols terapèutics i la realització de programes de recerca clínica de qualitat en molts hospitals de referència i comarcals. Els vincles sistemàtics que mantenen entre ells els oncòlegs de molts d'aquests hospitals és un exemple de la vocació de superar l'aïllament que podria suposar treballar en aquests centres.

Un altre aspecte que cal considerar, és la concentració de recursos i serveis d'alta tecnologia en determinats hospitals de l'àrea de Barcelona, en correspondència amb la demografia, com és el cas de les unitats que fan el trasplantament de moll de l'os o la radioteràpia. Tanmateix, durant els darrers deu anys s'ha invertit en la creació de serveis de radioteràpia en les regions sanitàries catalanes amb alguna excepció, la qual cosa ha facilitat l'accessibilitat a aquesta tecnologia bàsica en el tractament del càncer, d'acord amb l'organització territorial de la societat catalana.

Finalment, els darrers anys han servit per confirmar que la percepció de la població catalana sobre el càncer ha canviat i és més la gent que considera que el càncer és curable i prevenible⁶. El desenvolupament dels grups d'ajuda mútua en l'àmbit d'oncologia és un altre exemple d'aquests canvis socials.

L'organització de l'atenció oncològica i el grau d'especialització

De les xifres d'incidència de càncer és deduïble que no és possible tractar tots els tumors en només alguns centres grans, tant per motius de volum assistencial com de gestió i d'equitat territorial. Centrar la discussió en la concentració contra la descentralització és un debat equivocat, de la mateixa manera que centrar-lo en la necessitat de centres monogràfics. Primer, cal aclarir quins han de ser els objectius sanitaris i què podem concloure de la literatura existent.

De manera resumida, cal dir que el primer tractament és el que millor estableix el pronòstic futur del pacient amb càncer i és on cal concentrar els esforços terapèutics de forma efectiva. També, cal recordar que aquest tractament limitarà les opcions en l'elecció de segones opcions terapèutiques. Aquest tractament ha de ser elaborat en el marc d'un pla terapèutic que tingui en compte totes les opcions de teràpia necessàries i el seu ordre seqüencial per tal d'aconseguir una interacció positiva per al pacient i el pronòstic del seu càncer. Aquest punt que és crucial només es pot aconseguir en el context d'una gestió de l'atenció oncològica coordinada i integral, cosa que vol dir disposar de capacitat per accedir a tots els serveis necessaris en el moment de la història natural de la malaltia en què sigui oportú i que els diferents components del tractament siguin planificats de forma eficient i integrada³.

Un altre aspecte que cal tenir en compte és el fet que tractar el càncer en el marc de protocols millora els resultats assistencials⁷. Els resultats dels estudis sobre la relació entre nombre de pacients tractats, grau d'especialització i supervivència han estat revisats recentment⁸. Els autors van concloure la majoria de treball presentant problemes metodològics, cosa que feia difícil arribar a una conclusió; això no obstant, en el cas del càncer de mama, l'únic del qual es disposava d'alguns estudis amb bona qualitat metodològica, es va estimar que l'especialització va associar-se a un 18% de reducció de la mortalitat. En altres tumors i pel que fa a la cirurgia, els resultats són contradictoris^{9,10} i depenen del lloc d'estudi i del tipus de cirurgia; les cirurgies més complexes són les que depenen més de l'experiència del cirurgià, com és el cas de la pancreatòmia, l'esofagectomia i la resecció hepàtica.

Aquesta revisió breu de la literatura assenyala que la recerca en serveis sanitaris només pot aclarir parcialment els aspectes organitzatius de la política sanitària. Tenint en compte el nostre context sanitari es poden fer algunes propostes que orientin l'organització assistencial:

- 1) El primer tractament és el millor determinant del pronòstic futur; per tant, ha de ser establert en el marc del protocol clínic basat en la millor evidència científica, i la decisió terapèutica ha de ser presa en un comitè de tumors en el qual participin els especialistes rellevants per al diagnòstic i tractament del càncer. És possible aconseguir la garantia d'aquest punt en diferents tumors freqüents en aquells hospitals que disposin d'oncòlegs i dels especialistes necessaris per al tractament dels càncers freqüents (mama, còlon, ginecològics i urològics de menor complexitat). Caldrà sempre garantir de bon començament la coordinació amb radioteràpia quan sigui necessari.
- 2) Els tumors que són de baixa incidència i requereixen tractaments complexos és millor que siguin tractats en centres de referència des del seu inici. Exemples d'això poden ser els sarcomes de parts toves, els germinals, els tumors infantils o els oculars.
- 3) Hi ha tractaments oncològics que requereixen tecnologies de les quals només es disposa en alguns centres, amb corbes d'aprenentatge significatives, com són el trasplantament de moll de l'os o la braquiteràpia. En aquests casos és millor incrementar l'experiència d'aquests centres i, tret del cas de canvis en la distribució de la població en el territori, no s'ha d'ampliar l'oferta a nous centres.
- 4) Cal establir sistemes d'informació que relacionen el tractament dels tumors amb els resultats assistencials, com la supervivència, per tal de poder parlar amb dades dels beneficis i problemes de cada plantejament organitzatiu. Hi ha encara molt poques experiències en aquesta línia a casa nostra.
- 5) La coordinació entre hospitals esdevé el punt clau per millorar l'atenció oncològica a Catalunya, i la qualitat en oncologia significa proporcionar els serveis apropiats de forma tècnicament competent amb una bona comunicació entre professionals, el pacient i la decisió terapèutica compartida³. No hi ha cap dubte que aquests objectius es poden assolir als diferents hospitals; el criteri ha de ser el tipus de tractament o de diagnòstic que requereix el tumor i el seu seguiment.

Aquests objectius cal aplicar-los combinant les preferències dels pacients, que sovint volen ser tractats a prop del seu lloc de residència, amb la qualitat necessària i la coordinació entre els professionals sanitaris. Aquest és l'objectiu, per exemple, de l'experiència de relació institucional entre l'ICO i els hospitals de la Regió Costa de Ponent, que té l'objectiu de facilitar la participació d'oncòlegs en els comitès de cada hospital i en l'atenció dels pacients amb càncer, tant a l'hospital comarcal com al mateix ICO, segons les necessitats dels pacients i d'acord amb el mateix protocol terapèutic. Es garanteix, per tant, que el tractament del càncer serà el mateix, per exemple, a Vilafranca que a l'ICO i que, quan ho requereixi el tractament del càncer, tindrà un accés planificat als recursos sanitaris del mateix ICO; també es garanteix que el seguiment posterior es podrà fer a l'hospital més pròxim a la seva residència pel mateix metge que ho faria a l'ICO.

Conclusions

La participació dels oncòlegs en l'atenció hospitalària en diferents centres catalans ha contribuït decisivament a millorar la qualitat del tractament del càncer a Catalunya. Continuar progressant en aquesta línia passa per millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials, elaborar protocols clínics conjunts basats en l'evidència científica i fer més àgils els processos diagnòstics. És segur que alguns tractaments oncològics s'han de fer en centres de referència i d'altres es poden fer amb igual qualitat en hospitals comarcals o intermedis. El punt clau és garantir la coordinació entre nivells perquè ho requereix el tractament del càncer i que la decisió terapèutica inicial sigui compartida per tots els especialistes rellevants dels diferents centres implicats. Aquest plantejament ha de permetre acostar l'atenció del pacient al seu lloc de residència sempre tenint en compte la garantia d'un accés ràpid i coordinat a la tecnologia, i especialització necessària per tractar el càncer.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Borràs JM, Borràs J., Bosch FX, Viladiu P., editores. Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya; 1975-1992. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 1997.
2. Moreno V, Sánchez V, Galceran J, Borràs JM, Borràs J, Bosch FX. El riesgo de enfermar y morir en Cataluña. Med Clin 1998; 110: 86-93.
3. Hewit M, Simone J, editores. Ensuring quality of cancer care. Washington: National Academy Press, 1999.
4. England A, Haldosen T, Dictiman DW et al. Relative survival of cancer patients a comparison between Denmark and other nordic countries. Acta Oncologia 1998; 37: 49-59.
5. Expert Advisory Group. Consultative document: a policy framework for commissioning cancer services. London: Department of Health, 1994.
6. Izquierdo MA, Viladiu P, Borràs JM, Moreno V, Catalan G. La percepció de las causas del càncer y su prevención en las mujeres de Girona. Med Clin 1996; 107: 14-9.
7. Karjalinen S, Palva I. Do treatment protocols improve end resultats? A study of survival of patients with multiple myeloma in Finland. BMJ 1989; 299: 1069-72.
8. Grilli R, Minozzi S, Tinazzi A, Labiana R, Sheldon TA, Liberati A. Do specialist do it better? The impact of specialization on the process and outcome of care. Ann Oncol 1998; 9: 365-74.
9. Begg CB, Cramer LD, Hostins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. JAMA 1998; 280: 1747-51.

10. Knee F, Wilson RH, Harper C et al. Influence of hospital and clinical workload on survival from colorectal cancer: a cohort study. *BMJ* 1999; 318: 1381-6.
-

Correspondència: Dr. Josep M Borràs
Institut Català d'Oncologia
Gran Via, s/n km 2,7
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
Tel.: 93 260 78 20 Fax: 93 260 78 21
Adreça electrònica: jmborras@ico.scs.es

SORTIR