

Los comités interdisciplinarios mejoran la eficiencia del tratamiento

Los expertos aseguran que los beneficios de nuevos modelos organizativos repercutirán en el paciente, pero también en el médico especialista



“Estamos en un entorno con unas exigencias que nos tienen que hacer reflexionar y pensar sobre modelos organizativos diferentes, porque los resultados y la evidencia empiezan a demostrar que las cosas tienen que cambiar”

Los avances en los tratamientos hacen que cada vez el abordaje de los pacientes sea más complejo en cuanto a disponibilidad de alternativas terapéuticas. Esto es algo especialmente significativo en el campo de la Oncología, donde en los últimos años se han dado grandes y significativos pasos en su manejo, por lo que la elección de la mejor opción terapéutica abarca más aspectos, ya que se tiende a un tratamiento individualizado, a medida de cada paciente.

En este contexto es fundamental la creación de comités de expertos de diferentes ámbitos que contribuyan a la toma de decisiones clínicas, teniendo en cuenta tanto los criterios científicos como el coste de las terapias, algo que además adquiere mayor importancia en la coyuntura actual de ajustes que se está produciendo en los servicios de salud de las administraciones autonómicas, así como en el Sistema Nacional de Salud. Así, la atención del paciente oncológico pasa indudablemente por un tratamiento multidisciplinar, sin embargo,

cómo estructurar esa atención en los centros hospitalarios tal y como están concebidos en la actualidad, es una cuestión que genera más controversia. Este era el tema que ocupó el XXXII Encuentro Salud 2000: “La importancia de los comités interdisciplinarios en la gestión hospitalaria” organizado por la Fundación Salud 2000 y Fundamed. Dentro de este debate, se incluyó la cuestión de si es más beneficioso optar por la creación de comités interdisciplinarios, que comparten conocimientos, o unidades funcionales, con gestión y recursos propios. Al respecto, la mayoría de los asistentes se mostraron de acuerdo en que el abordaje ideal del paciente oncológico es ésta última porque garantiza de una manera equitativa desde el diagnóstico hasta el final de la vida del paciente. Aún así, el principal obstáculo en España que dificulta la consecución de estas unidades radica en la ausencia de estructuras suficientemente maduras que puedan afrontar la complejidad que requieren y garantizar su correcto funcionamiento.

Es necesario cambiar las estructuras para asegurar la interdisciplinariedad



De izquierda a derecha: Elisa Hernández (Merck), Jesús Díaz (Contenidos de Salud), Juan Jesús Cruz (SEOM), José María López, (El Global), Carmen González (Fundación Salud 2000), Candela Calle (ICO), Lara Iglesias (H. Universitario 12 de Octubre) y Jaime Rabanal (H. Central de Asturias).

Barbara Urías
GM

No cabe duda de que el tratamiento multidisciplinar del paciente con cáncer es el idóneo para garantizar los mejores resultados, sin embargo, el debate aparece al plantear la manera de estructurar esa atención en los centros hospitalarios. Ese era el tema que protagonizó el XXXIII Encuentro Salud 2000 en el que se puso sobre la mesa la importancia de la creación de comités interdisciplinares que impliquen una reorganización de la gestión. Esta es la conclusión a la que llegaron los asistentes al debate, no obstante, existen muchas tareas pendientes. Según Juan Jesús Cruz, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el tratamiento multidisciplinar del cáncer es algo que no duda nadie, "el problema es cómo se puede llevar a cabo", ya que es un concepto admitido por la sociedad americana, la europea y contemplado en la estrategia española de lucha contra el cáncer, pero es necesario establecer el procedimiento. Al hilo de esto, Cruz se preguntó si esta interdisciplinariedad debía estructurarse a través de unidades funcionales o de comités de tumores, y si estos debían ser consultivos o integrados con decisión vinculante. De esta forma, cues-

tionó el afán por crear este tipo de comités en cualquier situación. "En muchos sitios será factible hacer un comité multidisciplinar con capacidad decisoria, pero en otros puede alejarse de la mejor atención al paciente oncológico", apostilló. Esto podría repercutir en la atención al enfermo, ya que es en las recaídas y en las complicaciones cuando ésta no siempre es beneficiosa, ya que le priva de un referente.

Por otro lado, Candela Calle, directora general del Instituto Catalá de Oncología (ICO), reivindicó que la diferencia entre las posibles fórmulas está en la gestión y expresó los motivos por los que se considera imprescindible que desde los hospitales se potencie la participación interdisciplinar de los profesionales en la toma de decisiones, "tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del proceso del tratamiento y en la toma de decisiones en aspectos como política de calidad o gestión del medicamento, ya que garantiza conseguir objetivos estratégicos". De esta forma, aseguró que los pacientes tratados en dichos entornos tienen mejores resultados en salud, en calidad de vida y en datos de mortalidad y de evitar la comorbilidad.

Otro de los puntos a favor según Calle es la mejora que esto refleja en la eficiencia, al fomentar el sentimien-

to de pertenencia de los profesionales a la institución sanitaria donde desarrollan su actividad. A su vez, mostró su preferencia por las unidades funcionales como un paso más allá de los comités interdisciplinares, al verlo como una garantía de equidad para el paciente desde el momento del diagnóstico hasta el final del tratamiento.

Mientras, Lara Iglesias, responsable de la Unidad de tumores de cabeza y cuello del Hospital Universitario 12 de Octubre, ofreció una visión clínica y de experiencia en estos grupos de trabajo, defendiendo los beneficios tanto terapéuticos como de acompañamiento al paciente al no tener que acudir a varios servicios. "Mejora también la eficiencia ya que hay una mejor gestión de los recursos", aseguró. Expuso además las necesidades médicas, ya que los profesionales —se trate de un comité mínimo en el que son necesarios un oncólogo, un oncólogo radioterapeuta y un cirujano, o de una unidad funcional— necesitan dónde reunirse y un tiempo, pero sobre todo que este tiempo se contemple como parte de su trabajo, porque no se respeta como actividad asistencial la participación en el comité.

Jaime Rabanal, director gerente del Hospital Universitario Central de Asturias, aportó el punto de vista que se tiene desde la gerencia. "Los comités son indispensables. La cuestión es

si tenemos organizaciones sanitarias para que funcionen", afirmó agregando que una cosa es lo ideal y otra es la realidad.

La industria farmacéutica tiene un papel fundamental en este ámbito, y desde su posición se observa la alarmante variabilidad que existe. Elisa Hernández, del departamento médico de Merck, recordó la ausencia de una foto real de la situación en España entre comunidades autónomas, de la existencia o no de comités interdisciplinares, así como de las unidades funcionales.

Primer paso: cambio de estructura

El primer aspecto que se reivindicó como necesario para la correcta implantación de estos comités interdisciplinares fue la reestructuración y reorganización sanitaria, ya que actualmente los comités son iniciativas que surgen desde la base, como explicó Jaime Rabanal, y su composición es aleatoria, no definida en función del objetivo. Esto se complica con la cada vez mayor complejidad de los hospitales. "Para que los comités puedan funcionar, hay que hacer transformaciones organizativas en los hospitales, pero en la formación no se contemplan los médicos facultativos-gestores", incidió. De esta manera, a su juicio, organizaciones como estas no funcionan si los profesionales no se

mantienen en red. "Estamos hablando de una realidad que no existe", resumió Juan Jesús Cruz, haciendo alusión a su existencia en el ICO,

pero no en otros niveles. "Deberíamos cambiar la estructura sanitaria de este país", acotó.

Otra vía que lleva a la consecución de estos objetivos es romper las fronteras entre especialidades, tal y como confirmó Rabanal, porque las unidades han de organizarse en torno a un proceso asistencial, por lo que no es viable seguir trabajando con unidades tan complejas con un conocimiento parcial. En este sentido en determinados centros será necesario que sigan existiendo los servicios verticales. Calle estuvo de acuerdo en la importancia de acabar con las barreras internas para migrar a modelos organizativos diferentes a través de la formación, comprendiendo que en un

Existen barreras entre las diferentes especialidades que deben romperse para la consecución de los nuevos modelos organizativos



Juan Jesús Cruz

Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica

"Se ha hecho una dispersión de servicios y especialidades que ahora hay que integrar. No podemos perder recursos y hay que emplear la mejor tecnología".



Candela Calle

Directora general del Instituto Catalá de Oncología

"Estamos en un entorno con unas exigencias que nos tienen que hacer reflexionar sobre modelos organizativos diferentes porque las cosas tienen que cambiar".



Lara Iglesias

Responsable de la Unidad de tumores de cabeza y cuello del Hospital Universitario 12 de Octubre

"Lo que se hace a nivel individual debería hacerse desde el comité, como las guías para el paciente de sus especialistas y sus servicios".



Jaime Rabanal

Director gerente del Hospital Universitario Central de Asturias

"Podríamos pensar que estas cuestiones son problemas de política sanitaria, lo perfecto sería combinar una decisión micro con una gestión macro".



Elisa Hernández

Unidad de Oncología del departamento médico de Merck

"La relación con la industria farmacéutica se ve perjudicada por la alarmante variabilidad clínica que existe, y la solución pasa por tener una foto real".



Carmen González

Presidenta Ejecutiva de la Fundación Salud 2000

"Es importante que en cualquier modelo organizativo se consideren tres ámbitos: normas, estructuras y personas, así como la capacidad de adaptación a cada una de las diferentes situaciones"

mismo hospital pueden convivir diferentes estructuras. "Esto quiere decir que la organización de la unidad funcional no la hemos de basar sólo en los espacios, sino también en la gestión clínica. Dos o tres unidades en un territorio amplio en las que trabajen profesionales de otros hospitales", ejemplificó.

El caso de Madrid es representativo, ya que no existen las grandes unidades funcionales con gestión propia y recursos económicos, sino comités que se reúnen para establecer lo mejor para el paciente. El problema surge con la aparición de hospitales más pequeños que conviven con los grandes centros de referencia, cuando en los primeros no se pueden incluir todas las especialidades. "Se complica con la libre elección del médico, ya que en la situación de crisis el problema está en cómo gestionar estos desplazamientos", constató Iglesias. El objetivo en Madrid es que el paciente conozca todas las posibilidades de la comunidad y pueda elegir libremente.

Una forma de llevar a cabo la evaluación de resultados podría ser a través de encuestas de calidad de las que deducir la situación real

Foto real: evaluación de resultados
El siguiente punto a analizar fue la falta de evaluación de los resultados. "Decimos que son mejores las unidades funcionales, pero debemos comprobar cómo va allí donde las hay y ver si va mejor en conjunto y no en un caso concreto", expresó Cruz. La directora del ICO por su lado explicó en esta misma línea las consecuencias negativas de reproducir modelos en todo el territorio, ya que en estructuras pequeñas "es más difícil apostar", pero se preguntó cuántas veces se

dan duplicidades en pruebas diagnósticas, de ahí que los modelos propuestos, en términos de gasto, serán inferiores porque se evitarán duplicidades.

Un ejemplo claro de la eficacia de la evaluación es el caso de Cataluña, donde ya existe este registro pese a las barreras internas de los diferentes centros. Esta central de resultados que cumple actualmente cinco años comienza además a ampliar su análisis hacia la sostenibilidad, la eficiencia, la situación de la cartera básica de servicios o el punto de vista del paciente; y no se reduce a un registro de meros datos numéricos. Gracias a esto, es posible adaptar la gestión de los centros en función de estos resultados. En este sentido cabe destacar la importancia de la formación de cara a la evaluación, el registro y el diagnóstico en los informes de alta; para la posterior puesta en común de esta información.

"Esto debería ser política sanitaria de obligado cumplimiento", manifestó el presidente de la SEOM. A propósito de esto el director gerente del Hospital Universitario Central de Asturias reivindicó que no existe diferenciación entre proveedor y financiación en la cuestión de la compra, y que los únicos indicadores son económicos y no objetivos o comparativos.

Ante este problema, desde Merck Hernández propuso una solución que pasa por llevar a cabo encuestas de calidad. Estas se podrían realizar, por ejemplo, a través de los jefes de servicio, con el fin de averiguar cómo están exactamente los comités en España, analizando conceptos como la periodicidad de las reuniones y el flujo del

paciente; no sólo desde el punto de vista de recursos humanos o de gestión, sino también como un autoexamen que establezca el punto de partida para comenzar a trabajar en estos cambios.

¿Comités o unidades funcionales?

La elección comienza con una correcta definición de los conceptos, y la principal diferencia entre unos y otros radica en los elementos que comparten: conocimientos, en el caso del comité, y recursos y estructura organizativa en el caso de las unidades. Los primeros tienen un mínimo de tres profesionales (oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta y cirujano de la especialidad) ampliable a anatomía patológica, a radiólogos y otros especialistas. Es esencial también el papel de la enfermera gestora de casos.

En este punto se puso sobre la mesa la experiencia gestora del Instituto Catalán de Oncología. En él se integran diez grupos según las patologías más importantes, con reuniones semanales y la figura del coordinador responsable. Éste debe tener una mirada hacia la organización, hacia el manejo del papel de cada uno de los profesionales. "Nosotros trabajamos contratos de gestión por unidades funcionales con presupuesto descentralizado, no en el manejo sino en la asignación", explicó su directora general, matizando que se trata de un presupuesto diferenciado en personas, producto intermedio y farmacia. Aquí Cruz aludió a la necesidad de distinguir entre dos niveles: el de decisión terapéutica, que ha de ser multidisciplinar, y el del paciente

durante el proceso, que exige un referente. "El primero ha de realizarse en grandes centros de referencia, por ejemplo con unidades funcionales, y el segundo asegurando a los profesionales a los que acudir", agregó.

Los profesionales no sólo son el eje principal de los modelos planteados, sino que también son la base de la que nacen estas iniciativas. De ellos debe partir un cambio de mentalidad, tal y como manifestó la directora del ICO: "Las transformaciones pasan por la gestión de las personas, los Decretos ayudan a planificar pero se necesita motivar y formar (en ámbitos como la gestión clínica) a los profesionales". Sin embargo, aún existen obstáculos que impiden la cooperación como el individualismo en los hospitales, a los que en el debate se propusieron soluciones como la retribución variable.

Las nuevas tecnologías aplicadas a las herramientas de gestión pueden poner en común los conocimientos para evitar la variabilidad

Carmen González, Presidenta Ejecutiva de la Fundación Salud 2000, resumió en una idea lo expresado en el encuentro: "Es importante que en cualquier modelo organizativo se consideren tres ámbitos: normas, estructuras y personas". Y apuntó a que tras tener en cuenta esos elementos hay que adaptarse a cada situación; según zonas geográficas, demografía, etc., para evitar el encasillamiento del médico a través de la interdisciplinariedad. El progreso pasa además por fomentar el uso de las nuevas tecnologías, herramientas que ayudan a la gestión clínica y que evitan la variabilidad de las decisiones. Así como por la creación de un marco estable que permita a los centros definir su propia composición.

Conclusiones

- **El abordaje multidisciplinar del cáncer es cada vez más necesario debido a los últimos avances en tratamientos.**

Los avances en los tratamientos, ya sea en radiología, en las técnicas quirúrgicas, en patología, en la secuencia de la administración de los tratamientos, en las técnicas radiantes o en los esquemas de radio-quimioterapia, son tales que la elección de la mejor opción terapéutica abarca más aspectos, ya que se tiende a un tratamiento individualizado, a la medida de cada paciente.

- **Existe una dicotomía entre la situación ideal y la realidad que pone en duda que haya soluciones universales.**

En determinados puntos será posible la aplicación de nuevas estructuras organizativas pero puede que haya otros en los que la estructura interdisciplinar no sea el más adecuado. Por eso los expertos recomiendan distinguir entre lo que sería la situación ideal y cuál es la realidad de cada caso.

- **Estas estructuras pueden plasmarse en forma de comités interdisciplinarios o de unidades funcionales.**

Los primeros suponen la interacción de los diferentes profesionales implicados entorno a un paciente, y las segundas poseen además una gestión y recursos económicos propios. En el caso de los comités, el mínimo es de un oncólogo, un oncólogo radioterápico y un cirujano especialista, pero puede ampliarse hasta diez profesionales.

- **Las ventajas de los comités interdisciplinarios se manifiestan también en la eficiencia.**

Los resultados son sensiblemente mejores debido al sentimiento de pertenencia que le aportan al profesional y la motivación que le suponen. De esta manera son partícipes y desarrollan un trabajo en común y en torno al paciente.

- **El problema surge a la hora de poner en práctica los nuevos modelos en los diferentes centros hospitalarios.**

No existen estructuras suficientemente maduras para la complejidad que requiere el desarrollo eficiente de este tipo de comités y unidades. Hay que plantear una reforma estructural y a nivel organizativo.

- **Otra tarea pendiente es la racionalización de los recursos y su mejor utilización.**

No es posible que existan todas las especialidades en todos los centros, ahora es necesario replegar velas y ser capaces de utilizar otras vías para llegar a cada paciente, por ejemplo, a través de la monitorización. Esto ha sido hasta ahora un problema político y es de obligado cumplimiento para conseguir la reorganización que necesita la asistencia.

- **Es necesaria la evaluación de los resultados y partir de una foto real de la situación.**

No se conoce la realidad de cómo está la situación allí donde existen comités interdisciplinarios, y pese a que parece que dan lugar a mejores resultados, no hay evidencia ni datos que lo demuestren. Por esto, para comenzar a trabajar se necesita conocer cuál es la situación exacta y poder partir de ella, así como para detectar cuál es el procedimiento más adecuado en cada centro.

- **Otro punto a tener en cuenta es la formación de los profesionales, ya que ahí es donde debe comenzar el cambio de mentalidad.**

Una formación con una mirada más global, de gestión clínica, no de macro gestión ni económica, sino de indicadores y de ser conscientes de la situación real intentando involucrarse en el proceso. Siempre, eso sí, atendiendo a sus necesidades como que el comité sea parte del tiempo de trabajo.

La evaluación de resultados, los cambios a nivel organizativo, la inclusión del profesional y la elección del modelo, son las asignaturas pendientes para la consecución del verdadero abordaje interdisciplinar de los pacientes oncológicos