

Sectorización de las enfermedades oncológicas. La experiencia del Reino Unido

En abril de 1995, K. Calman, Chief Medical Officer del Reino Unido, publicó el informe Calman-Hine sobre servicios oncológicos¹. El documento recomendaba la reorganización de estos servicios en dos tipos de centros, los Cancer Units, centros básicos de diagnóstico y tratamiento paliativo, y los Cancer Centers o centros oncológicos de alto volumen que ofrecerían todo el espectro terapéutico para los enfermos de cáncer². El objetivo era ofrecer una atención de calidad al alcance de toda la población. Se priorizaba el diagnóstico precoz y se concedía una mayor capacidad decisoria a los pacientes y a los médicos de familia. Igualmente, preconizaba una cuidadosa recogida de datos para permitir el desarrollo de un exhaustivo registro de cáncer. Por primera vez se tenían en cuenta los aspectos psicosociales del cáncer. En definitiva, se trataba de un plan integral para luchar contra esta enfermedad con la intención de ofrecer un servicio de calidad a todas las clases sociales y áreas geográficas^{3,4}, y conseguir que la supervivencia de los enfermos de cáncer en el Reino Unido fuese equiparable a la de los demás países industrializados. El informe Calman-Hine fue complementado por el «NHS Cancer Plan», que proponía una serie de medidas necesarias para conseguir estos objetivos. Este documento recomendaba la subespecialización de los médicos en un tipo de cáncer y la creación de una enfermería especializada que se denominó Clinical Nurse Specialist⁵. Todas las decisiones relacionadas con el paciente con cáncer les tomarían un equipo multidisciplinario (Multidisciplinary Team o MDT)⁶⁻⁸.

El Gobierno, subsecuentemente, publicó una serie de guías clínicas para el manejo de distintos cánceres: mama (1996), colon (1997), pulmón (1998), ginecológico (1999) y aparato digestivo alto (2001). En lo referente al cáncer de mama y colon, la reorganización no supuso cambios estructurales mayores, ya que todos los hospitales cumplían los requisitos exigidos⁹. No fue ésta la situación del cáncer del aparato digestivo alto, desglosado en esofagogastrico y pancreático. La recomendación fue configurar una red de equipos distribuidos por áreas de

población. Cada equipo abarcaría un área de al menos 1 millón de habitantes para tratar el cáncer de esófago y de 2 millones para el cáncer de páncreas². Así, una zona de 2 millones de habitantes sólo tendría 1 centro para el cáncer de páncreas y 2 para el esófago. Las áreas sanitarias de entre 1 y 2 millones de habitantes podrían tener 1 centro para la cirugía de esófago, pero no llegarían al mínimo para tener una unidad pancreática. Las áreas con menos de 1 millón no podrían tratar ni el cáncer de esófago y de páncreas y sólo podrían tener, en el mejor de los casos, una unidad básica o «Cancer Unit» para el diagnóstico y tratamiento paliativo de estos procesos².

La primera intención de los hospitales fue seguir tratando las enfermedades de alta complejidad reservadas para los Cancer Center o centros oncológicos de acuerdo con el nuevo esquema. Algunos de estos centros estaban realmente cualificados para este tipo de cirugía, mientras que otros estaban desarrollando una labor para la que ciertamente no estaban preparados. Para evaluar el nivel de cualificación de los hospitales de manera objetiva e imparcial, se elaboraron los estándares que se requerían para tratar, en el caso de nuestra unidad, cáncer esofágico. Los hospitales se someten a un proceso de evaluación o *peer review* mediante el cual son inspeccionados por especialistas del mismo campo pero de diferentes áreas sanitarias, para evaluar si se cumplen los estándares para el tratamiento del cáncer en cuestión (122 aspectos considerados en los últimos estándares publicados para el cáncer de esófago)¹⁰.

Estos especialistas evaluadores, formados para este fin mediante un curso breve, visitan el hospital y, guiados por los estándares, solicitan del equipo local la evidencia necesaria para asegurar que se cumplen los requisitos para ser centro oncológico en dicha especialidad. Lógicamente, los requerimientos para ser centro oncológico para el páncreas o el esófago son mayores que para ser centro autorizado a tratar cáncer de mama o colon. Una vez completado el informe del *peer review*, los centros son clasificados como Cancer Units, Cancer Centers, o bien pierden toda la acreditación para el tratamiento primario del cáncer.

Una vez que un hospital ha sido recalificado y no ha alcanzado el nivel de centro oncológico es muy improbable que la dirección del hospital permita que se continúe tratando esta enfermedad. Esto tiene un efecto directo en las carreras de los profesionales. Prácticas quirúrgicas de pequeño volumen se verán abocadas al fracaso, mientras

Correspondencia: Dr. A. Martínez Isla.
Cirujano Consultant. Charing Cross Hospital.
Fulham Palace Road. London WG8RF. Reino Unido.
Correo electrónico: a.isla@imperial.ac.uk

Manuscrito recibido el 14-1-2005 y aceptado el 1-2-2005.

que prácticas de moderado-considerable tamaño que se realizaban en centros que no han logrado la recalificación de centro oncológico deberán ser reacomodadas en otro hospital, invitando a los clínicos que las realizaban a integrarse en un nuevo equipo. Un punto muy importante es que la costumbre de muchos profesionales de tomar decisiones de forma independiente ya no es aceptable, pues todos los enfermos se deben tratar de acuerdo con las decisiones del comité oncológico o MDT⁶.

Han pasado 4 años desde se empezó a hablar de implantar en el Reino Unido este sistema para el cáncer del aparato digestivo alto. Durante este tiempo, la manera de trabajar ha cambiado sustancialmente y los profesionales empiezan a asumir que estas 2 enfermedades (cáncer de esófago y páncreas) han de ser tratadas en centros de alto volumen y tecnología². Trabajar en más de un centro es una realidad habitual¹¹, y no es extraño que un cirujano trabaje a la vez en un Cancer Center y una Cancer Unit.

Dado que ya no se toman decisiones únicamente personales, es interesante notar que el número total de intervenciones realizadas desde el inicio de la centralización es menor, sin duda debido a un proceso de selección más riguroso a través del equipo multidisciplinario¹¹. Esto empieza a tener también un efecto en el ámbito de la formación de los residentes, que encuentran unidades de alto volumen donde es más fácil formarse en un período más corto.

Entre las dificultades encontradas está la posible descapitalización técnica de los hospitales más pequeños, en ocasiones de hasta 500 camas, que se han visto obligados a no tratar esta enfermedad de forma electiva. En un futuro, puede que éstos no estén preparados para afrontar la misma enfermedad con carácter de urgencia, lo que condicionaría que tenga que ser derivada a los centros de alto volumen. La configuración actual del sistema hospitalario británico permite trabajar en 2 hospitales a la vez. El 65% de los hospitales atiende a una población media de 260.000 habitantes y es improbable que sean clasificados como centros oncológicos. Estos centros intentarán retener, al menos a tiempo parcial, a esos equipos que han debido desplazarse al centro de alto volumen para realizar esta cirugía. Así, al disponer de cirujanos que trabajen en 2 hospitales (Cancer Center y Cancer Unit) se podrá conseguir el tratamiento de estas enfermedades en el centro de alta tecnología sin descapitalizar el hospital básico.

La distribución de la población y los hospitales en el Reino Unido es bastante diferente de la española, lo que tal vez haga que este proyecto de centralización sea geográfica y políticamente más viable. En el Reino Unido, hospitales con un área de menos de 120.000 habitantes atienden a menos de un 2% de la población⁹ y el número de cirujanos es de 1 por 37.000 habitantes, aproximadamente la mitad que en el resto de Europa⁹. En resumen,

el Reino Unido tiene una red de hospitales de considerable tamaño, geográficamente bastante cercanos y con menos cirujanos. Esto permite que, por ejemplo, 2 hospitales con un área de medio millón de habitantes cada uno puedan amalgamarse y generar el volumen mínimo para tener una unidad esofágica. Este hecho, unido a la mayor densidad de población y a la flexibilidad de los contratos, hace más fácil la implantación de este sistema.

Finalmente, el proceso de centralización de las enfermedades oncológicas es, sin duda, beneficioso para el paciente, para los profesionales y para el sistema sanitario, ya que permite aumentar la subespecialización y ofrece más oportunidades de formación que, sin duda, redundarán en una atención de mayor calidad y más eficiente. Todo ello demanda un proceso de reestructuración que es lento y requiere la participación activa de todas las partes interesadas mediante la aplicación de criterios de rigurosa objetividad.

Alberto Martínez-Isla

Director de Cirugía. Ealing Hospital.
Charing Cross Hospital.
Londres. Reino Unido.

Bibliografía

1. Rouse AM, Jolly K, Stevens AJ. Has Calman-Hine succeeded? Analysis of breast cancer procedure loads per consultant firm before and after the Calman-Hine report. *Breast*. 2001;10:55-7.
2. Parry J, Jolly K, Rouse A, Wilson R. Re-organizing services for the management of upper gastrointestinal cancers: patterns of care and problems with change. *Public Health*. 2004;118:360-9.
3. Pitchforth E, Russell E, Van der PM. Access to specialist cancer care: is it equitable? *Br J Cancer*. 2002;87:1221-6.
4. Birchall MA, Bailey D, Lennon A. Performance and standards for the process of head and neck cancer care: South and West audit of head and neck cancer 1996-1997 (SWAHN I). South and West Regional Cancer Organisation Tumour Panel for Head and Neck cancer. *Br J Cancer*. 2000;83:421-5.
5. Jack B, Oldham J, Williams A. Impact of the palliative care clinical nurse specialist on patients and relatives: a stakeholder evaluation. *Eur J Oncol Nurs*. 2002;6:236-42.
6. Kelly MJ, Lloyd TD, Marshall D, Garcea G, Sutton CD, Beach M. A snapshot of MDT working and patient mapping in the UK colorectal cancer centres in 2002. *Colorectal Dis*. 2003;5:577-81.
7. Kewell B, Hawkins C, Ferlie E. Calman-Hine reassessed: a survey of cancer network development in England, 1999-2000. *J Eval Clin Pract*. 2002;8:303-11.
8. Thain C, Wyatt D. A review of a multiprofessional cancer course. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2002;11:82-90.
9. A Consensus Statement. Modernising medical careers. ASGBI Executive Newsletter. 2004;1-4.
10. Manual for Cancer Services. Department Of Health. 2004. Disponible en: InternetCommunicationhttp://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/Cáncer/CáncerPublications/fs/e n?
11. Branagan G, Davies N. Early impact of centralization of oesophageal cáncer surgery services. *Br J Surg*. 2004;91:1630-1.