

CARTA AL DIRECTOR

Asegurar la calidad sanitaria al paciente con enfermedad oncológica en la atención primaria de salud

To assure the sanitary quality in the patient with oncological illness in the primary level of the public health system

Jacobo Cambil Martín^{1*}, Laura Hernández Mingorance², José Darío Sánchez López³

¹ Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud.² Estudiante de Grado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.³ Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. España.

Correspondencia*: jcambil@ugr.es

Señor Director:

El panorama actual de la atención a las enfermedades oncológicas en España muestra una prevalencia estimada en al menos 600 000 pacientes en los últimos cinco años, con una incidencia anual de 250 000 afectados, lo que equivale a un coste que oscila entre 700 y 12 000 millones de euros anuales, de acuerdo con los datos obtenidos en el informe: La carga del cáncer en España 2018⁽¹⁾, elaborado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). En dicho informe se establece un aumento de esta cifra hasta llegar a los 315 000 nuevos casos para el año 2035. El análisis de estos datos muestra que el paciente con una enfermedad oncológica representa un perfil socio-sanitario con aumento de incidencia y prevalencia y de elevado costo sanitario, ya que los elementos diagnósticos y terapéuticos progresivamente se harán más complejos.⁽²⁾

Los costes sanitarios en la atención al paciente oncológico podrían analizarse como: costes directos, indirectos e intangibles.⁽³⁾

Los costes directos⁽⁴⁾ derivados principalmente del empleo de nuevos antineoplásicos y complejidad de pruebas diagnósticas-terapéuticas afectarían fundamentalmente a la atención hospitalaria (AH), lo que representa un gasto aproximado de 48 000 millones de euros al año. Por el contrario, la atención primaria (AP), pese a representar la red de atención más próxima al

paciente con enfermedad oncológica, actualmente solo supone el 6% de los costes directos, por lo que se precisa un cambio del actual modelo sanitario que implique de manera activa a este sector no solo en la promoción de hábitos saludables, tanto en el aspecto preventivo y diagnóstico precoz ya consolidado por medio de eficaces campañas de reducción de hábitos tóxicos o de prevención primaria mediante campañas en la detección precoz del carcinoma colorrectal -por citar un ejemplo-, sino potenciando su impacto en las restantes fases de la enfermedad, especialmente en el área de los cuidados paliativos.

Dado que la evolución clínica del paciente con enfermedad oncológica transita hacia la cronicidad, la AP representaría un papel fundamental en dos aspectos claves: el seguimiento y control de la supervivencia a largo plazo del enfermo y en la implementación de un circuito coordinado entre AP y AH que evite duplicidades asistenciales, mejore los mecanismos de derivación hacia medios especializados y potencie la implicación en el seguimiento.⁽⁵⁾

La consecución de los objetivos anteriormente expuestos, precisaría de un cambio del paradigma asistencial actualmente vigente para mejorar las áreas de actuación de la AP en la asistencia al paciente con enfermedad oncológica, proponiéndose como principales medidas de actuación las siguientes:⁽⁶⁾

- Establecimiento de un programa consensuado de rotación de los especialistas de AP en servicios oncológicos especializados.
- Favorecer la formación continua de facultativos de AP, tanto de médicos como de personal de enfermería en el tratamiento del paciente con enfermedad oncológica en todas las fases de su enfermedad.
- Fomentar el hospital de día oncológico, para lograr la autonomía asistencial de la AP en el seguimiento del proceso asistencial.
- Implementar una estrategia global de integración funcional y de recursos entre ambos niveles asistenciales para maximizar el aprovechamiento de las nuevas tecnologías (telemedicina, análisis de big data, entre otros).
- Fomentar campañas de promoción social hacia la AP para favorecer la implicación en el apoyo psicosocial del paciente en su atención en las últimas fases de la vida.
- Elaboración de protocolos y puesta en marcha de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) específicos en AP, ya que la correcta identificación de necesidades determinará la adecuación eficaz de recursos como elemento clave de mejora.

Por otra parte, el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos⁽⁷⁾ del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA) -principalmente en el ámbito sanitario de la atención primaria de salud- está elaborado para realizar las actividades dirigidas a dar respuesta integral a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente en situación terminal y su familia, que son valoradas por un equipo interdisciplinario, con el fin de garantizar una continua asistencia desde la identificación de la situación terminal hasta que se produzca la muerte del paciente.

Aunque es cierto que por el tipo de enfermedad, tratamiento y atención de manera general, la centralización es fundamentalmente hospitalaria, tras el análisis de los costes se precisa un mayor soporte extrahospitalario como pieza fundamental en el sostenimiento del actual modelo sanitario que al mismo tiempo asegure la calidad de la atención sanitaria en cuidados paliativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España. 2018 [Internet]. Madrid: SEOM; 2017 [citado 20 Nov 2018]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_España_2018.pdf
2. SCIII: Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III [Internet]. Madrid; 2017 [citado 3 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.isciii.es/-unidades/centro-nacional-de-epidemiologia.shtml>.
3. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. JAMA Oncol [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2018]; 3(4):[aprox. 25 p.]. Disponible en: <http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamaoncol.2016.5688>
4. Cool L, Vandijck D, Debruyne P, Desmedt M, Lefebvre T, Lycke M, De Jonghe PJ, Pottel H, Foulon V, Van Eygen K. Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 2018 Jun; 126: 145-153. doi: 10.1016/j.critrevonc.2018.03.011. Epub 2018 Apr 10. Review. PubMed PMID: 29759557.
5. Chung C, Haller DM, Pautex S, Sommer J. [Oncological patients in primary care: ruptures and transitions]. Rev Med Suisse. 2018 May 9; 14(606): 976-979. French. PubMed PMID: 29745483.
6. Cool L, Vandijck D, Debruyne P, Desmedt M, Lefebvre T, Lycke M, De Jonghe PJ, Pottel H, Foulon V, Van Eygen K. Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 2018 Jun; 126: 145-153. doi: 10.1016/j.critrevonc.2018.03.011. Epub 2018 Apr 10. Review. PubMed PMID: 29759557.

7. Cia Ramos R, Fernández López A, Bocela Osuna J, Duarte Rodríguez M, Camacho Pizarro T, Cabrera Iboleón J, et al. Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos [Internet]. 2 ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007 [citado 4 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-cuidados-paliativos.html>

Cita del artículo:

Cambil Martín J, Hernández Mingorance L, Sánchez López JD. Asegurar la calidad sanitaria al paciente con enfermedad oncológica en la atención primaria de salud. INMEDSUR [Internet]. Mar-Jun 2019;2(1): 5-7