



## LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE COMO ELEMENTO ESENCIAL DE LA ATENCIÓN DEL ENFERMO ONCOLÓGICO.

### PATIENT CENTERED CARE AN ESSENTIAL ELEMENT OF THE ATTENTION OF THE ONCOLOGICAL PATIENT

Francisco Barón<sup>1</sup>, Álvaro Sanz<sup>2</sup>, Carlos Centeno<sup>3</sup>

#### RESUMEN

La tendencia de la Oncología actual se traduce en una preocupación cada vez mayor por el aspecto técnico de la administración de tratamientos y de la evaluación de la respuesta y de la inclusión de pacientes en ensayos clínicos. Esto ha llevado a que la asistencia directa y personal del paciente oncológico -muchas veces sintomático e ingresado en una cama hospitalaria- se considere en ocasiones como una labor de segunda categoría que, en el mejor de los casos, se deriva a otros profesionales para poder liberar al oncólogo de esta "carga" y permitirle que siga implicado en otros compromisos que pueden parecer más relevantes.

En un escenario así, puede ser preciso recordar que la propia dignidad del paciente exige por parte del médico no solo tratar sino atender -prestar atención- y cuidar. Y este cuidar, más allá de la parte técnica que pueden asumir otros profesionales- es quizás la mayor expresión de las virtudes del médico. Los cuidados tienen una parte técnica y práctica. Pero tienen también otro componente que asienta sus raíces en una actitud previa de cuidados que se puede considerar como la parte esencial del cuidado: el cuidado esencial. Recuperar una actitud de atención y de cuidado del paciente es probablemente un requisito necesario para volver al aforismo que nos recuerda que nuestro compromiso es el de tratar (atender, cuidar) al paciente, no solo al cáncer.

**Palabras clave:** Cuidados. Dignidad. Oncología.

#### ABSTRACT

The trend in current Oncology translates into a growing concern for the technical component of treatment administration as well as evaluation of response and the

---

<sup>1</sup>Oncología, Unidad de Hospitalización. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

<sup>2</sup>Comisión de Bioética de Castilla y León. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

<sup>3</sup>Profesor Titular. Universidad de Navarra. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España. **Correspondencia:** Álvaro Sanz Rubiales. Oncología Médica. Hospital Universitario del Río Hortega, Calle Dulzaina 1, 47012 Valladolid, España. Teléfono: 983420400E-mail: [asrubiales@hotmail.com](mailto:asrubiales@hotmail.com)

inclusion of patients in clinical trials. This has led to the fact that the direct and personal care of cancer patients -often symptomatic and admitted to a hospital bed- is sometimes considered as a second-class job that is referred to other professionals to free the oncologist from this burden and allow him to remain involved in other commitments that may seem more relevant.

In such a scenario, it may be necessary to remember that the patient's own dignity requires the doctor not only to treat but to attend -pay attention- to him and care of him. And this care, beyond the technical part that other professionals can assume, is perhaps the greatest expression of the virtues of the doctor. Care has a technical and practical part. But it also has another component that is rooted in a previous attitude of care which can be considered as the essential part of care: the essential care. Recovering an attitude of attention and care for the patient is probably a necessary requirement to return to the aphorism that reminds us that our commitment is to treat (attend, care for) the patient, not just the cancer.

**Keywords:** Care. Dignity. Oncology, patient-centered care; personalized medicine.

## **HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER Y OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Desde una perspectiva clínica, por *historia natural* de una enfermedad se entiende el comportamiento de este proceso desde antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas hasta la curación, secuela o muerte, sin intervenciones terapéuticas que la alteren. Se caracteriza por un período prepatogénico y uno patogénico que, a su vez, puede ser clínico o subclínico.

Por supuesto, este concepto de *historia natural* sirve también en el cáncer y se caracteriza porque en su etapa clínica se pueden encontrar los estadios localizados, la enfermedad localmente avanzada y la metastásica. La intención del tratamiento antineoplásico se adapta a estas etapas, de modo que podrá ser neoadyuvante, curativa, adyuvante, dirigida a “cronificar” la enfermedad (retrasar la progresión y/o prolongar la supervivencia) o meramente paliativa. El tratamiento antineoplásico local (cirugía, radioterapia) o sistémico (quimioterapia, inmunoterapia...) se acompaña de los cuidados necesarios para minimizar tanto los síntomas de la neoplasia y comorbilidades como los problemas generados por las toxicidades. Con el tiempo, la



evolución de la enfermedad lleva a una situación en que los que predominan son la atención y los cuidados del paciente sobre el tratamiento de la enfermedad neoplásica que ya no tiene unas opciones razonables de mejora.

Los avances de la Oncología en las últimas décadas han conseguido modificar la historia natural del cáncer, prolongar la supervivencia y aumentar las tasas de curación. A día de hoy se considera que, tomando en conjunto todos los tipos de cáncer y todos los estadios, en más de la mitad de los casos se alcanza la curación. Y de los que fallecen hay un porcentaje que consigue vivir durante años antes de llegar a la etapa terminal. Sin embargo, las necesidades del paciente y de su entorno -físico-biológicas, sociales y existenciales- se siguen presentando en todas las etapas de la enfermedad y en cualquiera de estos contextos. Atender estas necesidades de modo proporcionado y consensuado según los valores del paciente constituye la esencia del cuidado.

### **ONCOLOGÍA Y CUIDADOS: UNA HISTORIA RESUMIDA**

Se han definido dos perfiles de profesionales en Oncología en función de su implicación y compromiso con la atención del paciente al final de la vida. El tipo I sería el que considera que tiene un papel en los aspectos biomédicos y psicosociales de la atención y en la toma de decisiones al final de la vida y procura cuidar la comunicación con el paciente y su entorno; entiende los cuidados al final de la vida como algo profesionalmente satisfactorio, valora la comunicación como un proceso y orienta a sus pacientes con una aproximación individualizada. Y el oncólogo tipo II sería el que percibe como fracaso el no poder alterar la historia natural de la enfermedad, lo que le lleva a una relación más distante con el paciente avanzado, considera que su participación no tiene relevancia en la aceptación de la muerte y suele promover la elección entre tratamientos y cuidados<sup>1</sup>.

Se han propuesto también tres modelos de aproximación al paciente con cáncer: clínico, molecular e integral (Tabla 1)<sup>2</sup>. Resulta razonable asociar estos tres modelos,

---

desde una perspectiva histórica, con tres épocas que marcan el desarrollo y la evolución de la Oncología Médica desde los años ochenta hasta el momento actual. Estas tres etapas definen, en cierto modo, lo que ha sido y lo que es la *historia natural* de la propia especialidad en relación con el cuidado del paciente con cáncer

- 1ª etapa. El oncólogo cuidador (1981-1995). La Oncología nace como una rama de la Medicina Interna; el oncólogo trabaja como el especialista en "Medicina Interna del cáncer" y asume la cercanía y el cuidado como consustanciales a su actividad. La especialidad se entiende como transversal: el oncólogo trata neoplasias de todos los aparatos y sistemas. Se demuestra el beneficio en supervivencia de la adyuvancia en diversos tumores, sobre todo en el cáncer de mama y en el cáncer de colon. Se emplean los primeros citostáticos, los que ahora serían "clásicos", entre los que destaca el cisplatino, que consigue curar el cáncer germinal avanzado y evidencia actividad en muchas otras neoplasias. La biología molecular del cáncer es algo todavía lejano, teórico y muy incipiente, de modo que lo fundamental es la clínica. El oncólogo empieza a comprometerse en estudios clínicos y tiene conciencia de la importancia del rigor metodológico.
- 2ª etapa. El oncólogo terapeuta (1996-2010). Todavía se mantiene la tradición y el deber "tradicional" del cuidado integral del paciente con cáncer, pero va perdiendo importancia, ya que la especialidad se orienta cada vez más a la labor de administrar tratamientos. Se tiende a la especialización por aparatos o sistemas y se añaden áreas de interés de un perfil menos clínico. En esta línea, la biología molecular del cáncer gana fuerza y la investigación básica o traslacional se integra en la estructura de los Servicios de Oncología. Este cambio paulatino de mentalidad lleva a que algunos oncólogos con vocación de atención integral se sientan extraños y tiendan a desvincularse de esta nueva Oncología para integrarse en el ámbito de los Cuidados Paliativos.
- 3ª etapa. El oncólogo investigador y gestor (2011-...). El paradigma es el oncólogo centrado en los tratamientos que considera la atención sintomática y el cuidado como algo no solo marginal sino ajeno a su actividad. La Oncología se entiende



como mecanicista y centrada en la situación y la respuesta del tumor de modo que perfil biopsicosocial tienden a asumirlo otras especialidades. Los Servicios de Oncología incluyen en su estructura *data managers*, biólogos y oncólogos que se dedican de manera predominante a la investigación básica y al manejo de datos de ensayos clínicos. Se crean fundaciones que permiten captar y gestionar fondos de investigación. En este escenario, el cuidado centrado en el paciente -tanto en etapas precoces como en etapas avanzadas- se contempla como algo secundario que puede entorpecer o limitar las acciones dirigidas al control del tumor que se entienden como prioritarias. Esto lleva al “drenaje del cuidado”: la atención y el soporte se derivan a otros especialistas a los que se entiende que sí que les compete la atención directa e integral del paciente (como Medicina Interna, Medicina de Familia, Cuidados Paliativos). La especialidad se compartimenta: cada oncólogo se centra en el tratamiento y la investigación de un tipo de cáncer o de un área específica de conocimiento.

### **SUPERESPECIALIZACIÓN ASIMÉTRICA**

En todas las áreas de la Medicina, y en particular en la Oncología, el crecimiento exponencial del conocimiento básico y aplicado obliga a limitar el área de estudio y de aplicación práctica (es decir, la capacitación, habilidad o *expertise*). Siempre ha habido una tendencia a centralizar las inquietudes y la práctica en un área más reducida, pero a esto se llegaba tras haber forjado con los años una base de conocimiento y experiencia amplia. Sin embargo, la tendencia actual es que en Oncología los especialistas se conviertan de manera temprana en *superespecialistas* de un perfil específico cáncer (pulmón, mama, urológicos, digestivos...) o en un área de capacitación concreta (como consejo genético o investigación traslacional). De este modo se pierde -o no se llega a alcanzar- la visión global y el saber amplio que deberían ser la base de conocimientos más específicos.

Se trata, en todo caso, de una superespecialización asimétrica que ni considera ni plantea los cuidados como un área de desarrollo e interés de la misma relevancia que

el consejo genético o la investigación traslacional. En algunas sociedad científicas de Oncología Médica se manejan criterios para acreditar Unidades de Consejo Genético del Cáncer o para definir lo que es un buen diagnóstico histológico en las principales neoplasias, en este caso consensuados específicamente Anatomía Patológica<sup>3</sup>. Sin embargo, no se da la misma disposición para establecer consensos con sociedades científicas del ámbito de Cuidados Paliativos, que sirvan de base para definir unos estándares de cuidados en pacientes oncológicos y familias.

### **¿Y A PARTIR DE AHORA?**

En un escenario en que hay una gran variedad en las actitudes y es posible apreciar una aparente preponderancia del “oncólogo investigador y gestor”, lo que se ha planteado es cómo debería relacionarse la Oncología con los cuidados del paciente. Esta cuestión ha encontrado respuesta desde dos perspectivas contrapuestas, cada una de ella apoyada en un modelo de cuidados.

1. Externalización de la atención integral: Evolución asimétrica de la Oncología y la atención integral cuidados. Especialistas en Medicina Interna, Medicina de Familia, Cuidados Paliativos, etc. asumen como propio la atención de los enfermos que precisan ingreso hospitalario y la de los pacientes complejos sintomáticos de modo que se libere a los oncólogos de esta carga asistencial.

Resulta llamativo que, si en los años noventa la Oncología Médica despertaba interés entre los mejores médicos con opción de especialización en Medicina en España que aprobaban el examen que les permitía optar a una plaza de especialización, ahora estos médicos con mejores notas optan antes por especialidades que no parecen *tan duras*. Da la impresión de que se ha perdido interés porque la Oncología se entiende como una especialidad compleja, que exige esfuerzo en la actualización para mantenerse al día y que va a suponer cercanía con un paciente difícil y, con ella, el compromiso de ser empático y de tener que dar malas noticias y de seguir una evolución progresivamente negativa en un volumen importante de enfermos<sup>4</sup>. Y este perfil de trabajo no atrae.



En un estudio, dos de cada tres oncólogos pensaban que atender pacientes oncólogos hospitalizados no era una manera eficiente de emplear su tiempo y pensaba que estar exentos de esta atención hospitalaria les permitía centrarse en otros intereses prioritarios<sup>5</sup>. De hecho, en algunos hospitales hay lo que en ambiente anglosajón se denomina “médicos de hospital” (*hospitalists*), sin otras especificaciones y sin una capacitación específica en Oncología y/o Hematología, que asumen, cada vez más, la función de tratar y de dar atención médica a los pacientes oncológicos durante su ingreso hospitalario. Estos “médicos de hospital” provienen de especialidades diversas, sobre todo Medicina Interna y, al igual que los intensivistas o los médicos de urgencias, su actividad no se define por atender un tipo de enfermedad “de órgano o sistema” sino más bien por el perfil global de los pacientes y el lugar en que los atienden<sup>6</sup>.

En algunos estudios publicados en los últimos años sobre Cuidados Paliativos tempranos parece que la atención sintomática y psicosocial del enfermo oncológico avanzado dejaría de ser una responsabilidad directa del oncólogo y correspondería a equipos multidisciplinares de Cuidados Paliativos, de modo que su labor pasara a complementar la del oncólogo, centrada únicamente en los tratamientos antitumorales<sup>7</sup>.

2. Integración de los cuidados: Evolución simétrica de la Oncología y la atención integral. Coordinación entre oncólogo y médico experto en Cuidados Paliativos. Los cuidados y el soporte integral se entienden como un área de capacitación y una habilidad específica dentro de la Oncología, aunque no exclusiva, ya que se puede compartir con otras especialidades.

Desde finales del pasado siglo, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO: *American Society of Clinical Oncology*) viene recomendando que el oncólogo asuma un papel directo y protagonista en la toma de decisiones referida a los cuidados y la atención del paciente oncológico en su etapa avanzada-terminal. Sin descartar el apoyo, si fuera preciso, de expertos en Cuidados Paliativos<sup>8</sup>. En el año 2005, la misma Sociedad -en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI: *National Cancer Institute*) promovía programas específicos, como el EPEC-Oncology: *End-of-life Care for Oncology*, para mejorar la capacitación del oncólogo en la toma de

decisiones al final de la vida<sup>9</sup>. Y se llegó incluso a alcanzar un consenso entre las sociedades científicas de Oncología americana y europea -ASCO y ESMO (*European Society for Medical Oncology*)- que se concretaba en un decálogo de objetivos comunes para asegurar al paciente oncológico el acceso, la continuidad y la calidad de unos cuidados en los que tienen un papel destacado tanto el respeto a su dignidad como los cuidados multidisciplinarios, el tratamiento del dolor, las medidas de soporte y los cuidados paliativos (Tabla 2)<sup>10</sup>.

Más allá de la necesaria implicación de los especialistas en Oncología, resulta evidente la necesidad de que los Cuidados Paliativos asuman un papel relevante en el continuo de la atención integral del cáncer a lo largo de sus diferentes etapas<sup>11</sup>. En concreto, en los pacientes de mayor complejidad sintomática y en los programas de Cuidados Paliativos domiciliarios pueden ayudar a “rellenar un vacío” asistencial<sup>12</sup>. Esta atención integrada facilita la interacción, la educación y el apoyo mutuo entre Cuidados Paliativos la Oncología y se puede entender como una oportunidad para que profesionales de los dos ámbitos afronten en conjunto los problemas y la información relevante de los pacientes. De este modo, se garantiza un mensaje continuado al paciente y a la familia. Y, mientras el médico de Cuidados Paliativos se acerca más aún a la estimación pronóstica y tiene conciencia del plan de tratamiento, el oncólogo puede participar en el control de los síntomas y en el apoyo psicosocial al paciente y a los cuidadores.

## **EL PROBLEMA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

La actividad asistencial del enfermo ambulatorio, es decir, el que está en su domicilio y acude al centro sanitario para ser atendido en Consulta y/o recibir tratamiento se suele centrar en las Consultas -médicas y de enfermería- y en el Hospital de Día. Este Hospital de Día es un tipo de instalación asistencial que gana protagonismo en los sistemas sanitarios. Su característica distintiva es ofrecer una atención de perfil hospitalario -por su intensidad y su complejidad- sin necesidad de hacer noche y de tener que ocupar una “cama de ingreso”. En el hospital de día oncológico se llevan a





cabo más del 85% de los tratamientos oncológicos, además de transfusiones, estudios diagnósticos -desde simples extracciones de sangre a procedimientos invasivos- y se puede emplear también para mantener en observación a pacientes con riesgo inmediato de complicaciones tras técnicas invasivas e incluso tras intervenciones de cirugía ambulatoria. Este hospital de día oncológico además de ser un lugar físico se puede entender como el núcleo alrededor del cual gira la atención ambulatoria del paciente oncológico. Hasta el punto de que en la actualidad no se concibe la Oncología Médica sin el recurso a estas Unidades<sup>13</sup>.

La otra parte de la labor asistencial propia de la Oncología Médica corresponde a la atención de los enfermos ingresados en unidades hospitalarias. Los pacientes pueden proceder de Urgencias, del hospital de día y/o de las consultas externas de Oncología o de otros Servicios médicos y quirúrgicos. Los principales motivos de ingreso son la agilización de estudios y pruebas diagnósticas, la administración de tratamientos complejos y, sobre todo, las complicaciones derivadas de la enfermedad, de la toxicidad del tratamiento o de procesos intercurrentes (Tabla 3)<sup>14</sup>. El peso de un tipo u otro de paciente depende de la situación geográfica, la existencia o no de atención domiciliaria y/o soporte sociosanitario de media o larga estancia, la gestión de los ingresos/altas, la complejidad de los pacientes tratados, la versatilidad y horario del hospital de día oncológico... En conjunto, por ejemplo, se estima que en España los problemas oncológicos suponen cerca de dos millones de ingresos hospitalarios al año<sup>15</sup>. Y los Servicios de Oncología Médica son responsables de, al menos, una de cada tres altas con un diagnóstico principal de enfermedad neoplásica<sup>16</sup>. Además, las altas dadas por los servicios de Oncología Médica de nuestro medio tienden a crecer -más del 10% entre 2007 y 2013- a la vez que se sigue reduciendo la estancia media -también en torno a un 10%- . Sin embargo, la tasa bruta de mortalidad durante el ingreso en estas unidades parece que tiende a mantenerse estable en torno al 20%.

Los recursos humanos para la atender al enfermo en hospitalización incluyen especialistas en oncología médica y/o los mencionados “médicos de hospital” junto con personal de enfermería con una formación adecuada (enfermeras y auxiliares de enfermería), fisioterapeutas y rehabilitadores, psicooncólogos, trabajadores sociales,

auxiliares administrativos y celadores. Algunos de estos profesionales pueden llevar a cabo su labor en coordinación con otras unidades asistenciales y/o depender de otros servicios<sup>17</sup>. En ambientes con menos disponibilidad o menos acceso a Cuidados Paliativos, la mayoría de los pacientes atendidos en una planta de Oncología son enfermos avanzados con una expectativa de supervivencia de pocos meses -la gran mayoría ha fallecido al cabo de un año- y en los que el primer motivo de ingreso es el control de síntomas<sup>18</sup>. De modo que en estos escenarios el ingreso en Oncología se puede interpretar como un indicador pronóstico de supervivencia corta y una oportunidad para la planificación adelantada de cuidados y para la derivación a programas de Cuidados Paliativos. En las unidades hospitalarias más amplias y complejas se tienden a disponer de médicos dedicados específicamente a atender estas unidades y a facilitar la continuidad de la atención mediante sistemas de guardias.

La complejidad de la atención que exige un paciente con cáncer justifica que la hospitalización se entienda como un área de desarrollo y capacitación y una habilidad específica dentro de la Oncología. No resulta extraño que los Servicios de Oncología con oncólogos implicados casi en exclusividad a atender a estos enfermos alcancen una valoración más alta en calidad asistencial. Por desgracia, la mayor parte de los oncólogos con años de experiencia prefieren la labor ambulatoria con pacientes de consultas y hospital de día oncológico. Por este motivo, no suelen ser muchos los que muestran ese compromiso y ese interés en la atención integral en la Unidad de Hospitalización porque la mayoría la entienden como una sistemática de trabajo que distinta -y a veces opuesta- a lo que sería su área de interés, generalmente tecnificada y centrada en estudios clínicos y en tratamientos modernos y esperanzadores, y que le impide centrarse en ella. Esto favorece que la atención del enfermo oncológico el ámbito hospitalario sea, cada vez, más exclusiva bien de oncólogos muy motivados o bien de esos “médicos de hospital” de perfil mixto y de procedencia variada. Esta diversidad se traduce en un trato desigual que en ocasiones pudiera hacer entender que se trata de un enfermo “de segunda categoría”.

## **EL CUIDADO COMO BIEN PRIMARIO UNIVERSAL**



La teoría de la *enfermedad de los costes*, también conocida como *efecto Baumol*<sup>19</sup>, recuerda que gracias a los avances tecnológicos la fabricación de un producto complejo, como un electrodoméstico, cuesta ahora menos horas de trabajo que hace décadas -algo que se traduce en unas ganancias mayores- pero que hay labores con un componente tecnológico es mucho menor o sencillamente nulo en las que no se aprecia que la productividad se haya optimizado con el paso de los años. Esto lleva, entre otras cosas, a que se resalte más la actuación técnico-instrumental que lo que sea más abstracto y, sobre todo, no tenga una utilidad evidente e inmediata<sup>20</sup>. Así, mientras que un móvil -aunque no sea de última generación- puede llegar a almacenar miles de canciones que se han descargado de “la nube”, una orquesta tocando una sinfonía emplea el mismo espacio, los mismos músicos, los mismos instrumentos y el mismo tiempo que hace un siglo. Algo similar sucede en el ámbito sanitario donde hay actos médicos con una gran carga de tecnología -como endoscopias, cirugías complejas robotizadas, estudios biomoleculares...- que son ahora más eficientes y probablemente más rentables mientras a diferencia de la atención clínica -que es el fundamento de los cuidados y del soporte avanzado-, que no entra en este perfil. Estos cuidados, que ayudan a controlar el dolor y el sufrimiento, que mejoran la calidad de vida y la autoestima, requieren profesionales cualificados y vocacionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social... que hacen ahora una labor asistencial muy similar a la que se hacía hace años.

Es evidente que una labor que exige que trabajen tantos profesionales sin poderlos sustituir por tecnología resulta muy cara y es fácil que caiga en la sospecha de que se trata de algo que no resulta ni rentable ni sostenible. Y, además, esta falta de tecnología le quita brillo ante una sociedad a la que le deslumbra el brillo de los avances tecnocientíficos (*esa fotoeficiencia* que es pura imagen, pero que siempre es valorada por gestores y políticos) y para la que unos cuidados de calidad son algo gris, poco perceptible<sup>21</sup>.

La construcción biomédica de la enfermedad (lo que en inglés se entiende por *disease*) no siempre coincide con la elaboración social, cultural y popular de la misma (lo que en inglés sería *illness/sickness*). Es preciso diferenciar entre el sentido médico o *técnico*

que tiene la enfermedad para los profesionales de la salud y el que tiene para los propios enfermos<sup>22</sup>. El paciente es un sujeto moral, por eso es fundamental que en el encuentro clínico se tenga en cuenta su sufrimiento. De ahí surge de ahí el concepto de “cuidado esencial” como un bien primario y una categoría moral. Un “cuidado esencial” que es un elemento esencial del cuidado -también en el enfermo oncológico- que se identifica con la actitud de afrontar el sufrimiento. Esta actitud es una decisión de no hacer dejación de la medicina centrada en el paciente y es algo previo al compromiso práctico de aliviarlo, por lo que se podría denominar también actitud de cuidados<sup>23</sup>.

Si se entiende al ser humano como alguien abierto a los otros, con una antropología de simpatía (inclinación afectiva) y de empatía (identificación con la persona y sus sentimientos) y con “una comprensión de uno mismo desde el otro, con relación al otro y en el otro”, es coherente que el principio del cuidado se contemple como actitud y como compromiso práctico, es decir, como una manera de atender las necesidades del otro, del *prójimo*<sup>24</sup>. Hasta el punto de que el cuidado por sí mismo o complementado con las terapias antineoplásicas sería el paradigma del ejercicio de las virtudes en la práctica clínica: “para ser bueno -para ser un *buen médico*- hay que cuidar”<sup>25</sup>. Un cuidado que perdería su sentido si el objetivo fuese cuidar *para poder administrar* terapias antineoplásicas. Aunque esa atención fuera legítima y útil no se podría identificar con el “cuidado esencial”.

Los cuidados, por otra parte, se combinan con la atención al paciente. Dentro de nuestro sistema sanitario práctico, técnico e intervencionista, “atender” es un concepto que cuesta integrar... Atender, es decir, *prestar atención* supone una actitud de acercamiento psicológico, de preocupación, de interés, de escucha. Algo ajeno a los avances tecnológicos que para muchos resulta no solo demasiado pasivo sino carente de resultados materiales objetivables. Sin embargo, esta atención es uno de los ejes del cuidado y de la relación interpersonal. De hecho, la propia atención es una forma de cuidado: para cuidar hay que atender y atender es una forma de cuidar.



En buena medida, las limitaciones y los sesgos en la atención oncológica que se han descrito previamente y que llevan a primar la parte técnica sobre la parte humana y a derivar el compromiso de cercanía y la atención del paciente complejo y sintomático -a veces ingresado en camas de hospitalización- son una consecuencia del olvido del cuidado esencial que debería marcar el compromiso con la labor médica asistencial. Y, por tanto, para poder revertir esta situación haría falta volver a poner el acento en esa cercanía, en esa actitud de cuidar y de atender al paciente como persona. Cuanto más nos alejamos de esta actitud, más técnica y menos humana es nuestra labor. Cuanto más nos acercamos lo que sucede es que, al contrario, nos hacemos mejores personas y médicos.

#### **CONCLUSIÓN: “EL ONCÓLOGO INOCENTE”**

El libro “El antropólogo inocente” es una crítica en clave de humor de lo que se entiende por estudio de *observación participante* en colectivos humanos<sup>26</sup>. Se reconoce que la presencia del observador, aunque parezca intrascendente, puede alterar los resultados porque en antropología, al igual que en muchas ciencias sociales, este observador puede interferir involuntariamente en el grupo observado y modificar su conducta y, con ello, los resultados del estudio.

Como el antropólogo, también se podría entender que hay un *oncólogo inocente* que puede sentir que es ajeno al medio, que es objetivo y que no influye en lo que observa. Y este oncólogo, desde su aparente inocencia, podría concluir que los cuidados desde su concepción de actitud de cuidados, de cuidado esencial, hasta su expresión instrumental son sencillamente algo entre ajeno y secundario en la Oncología. Y podría incluso estar convencido de que el compromiso con la atención -en su acepción activa- y con el cuidado de la persona, del paciente oncológico, no son un componente esencial de la especialidad. Este oncólogo sería en el fondo más que inocente, ingenuo porque estaría influyendo en el medio y mostrando sencillamente su modo de ver y su propio sesgo -propio del momento- que le aparta de la clínica y de la atención del

---

paciente como persona. Cada uno de tantos oncólogos inocentes es responsable de ir alejando inconscientemente la Oncología del enfermo oncológico.

Sería preciso abrir un debate que ayudara a definir cuál es el futuro de la atención del enfermo oncológico: cuánto de esta atención es pura técnica y cuánto va a serlo en el futuro, cuánto son nuevos fármacos y cuánto van a serlo en el futuro y cuánto es atención integral y cuánto va a serlo en el futuro. Ojalá fuéramos conscientes de que es preciso que se mantenga el interés y el peso en los cuidados y que no se cometa la imprudencia de hacer que pierdan su carta de ciudadanía para pasar a ser algo auxiliar, secundario o -al menos- ajeno; poco más que un complemento necesario pero incómodo y, por supuesto, delegable en otros profesionales. La actitud que merece la dignidad de la persona enferma por parte de los profesionales de la Oncología se queda corta si sencillamente se dedican a “recetar” -a pautar tratamientos-, hacer análisis, solicitar estudios de imagen y controlar constantes: la dignidad del paciente merece algo más. Haría falta recordar eses aforismo que debería ser el lema de la actividad del oncólogo: “hay que tratar al paciente, no solo al cáncer”<sup>27</sup>. Y este tratar al paciente supone no solo cuidar a la persona, sino partir de una actitud esencial de cuidado. Está en nuestra mano que el componente humano -de preocupación, de cercanía- propio de la actitud esencial de cuidado y de la práctica de este cuidado no sea una mera teoría, sino que llegue a ser una práctica eficaz, capaz de mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas. Sin olvidar que cuidar refuerza la dignidad tanto del que cuida como del que es cuidado.



**Tabla 1.** Modelos de trabajo en Oncología.

TIPOS	PARADIGMA DOMINANTE	CARACTERÍSTICAS	REFLEXIÓN
<b>Clínica</b>	Modelo biopsicosocial con poca implicación en la biología molecular  Se centra en la persona con cáncer	Interrelaciona los parámetros clínicos y los cuidados de los pacientes con cáncer para mejorar la atención global centrada en el sentido y la dimensión humana de la medicina	El oncólogo clínico realiza buena atención, pero se podría mejorar al integrar los recursos diagnósticos y terapéuticos de la biología molecular
<b>Molecular</b>	Modelo mecanicista u organicista.  Se centra en la célula tumoral	Interrelaciona las alteraciones moleculares de las distintas neoplasias para encontrar elementos comunes útiles en el diagnóstico y la terapia del cáncer	El oncólogo molecular suele limitar su implicación en la atención clínica y el cuidado del paciente oncológico  La inercia de la Oncología molecular sin la sinergia de la clínica y cuidado lleva a una <i>Oncología líquida</i>
<b>Integral</b>	Modelo biopsicosocial con implicación en la biología molecular.  Se centra en la sinergia y la interrelación entre el cáncer y la persona que lo padece	Integra de modo sinérgico la mejor atención clínica y cuidados del paciente y su entorno con los avances diagnósticos y terapéuticos basados en la biología molecular	El oncólogo clínico y molecular que realiza buena atención con unos resultados finales óptimos al integrar los recursos diagnósticos y terapéuticos de la biología molecular

**Tabla 2.**Objetivos comunes para asegurar el acceso, la continuidad y la calidad de los cuidados en pacientes oncológicos.

<b>Acceso a la información sobre la propia enfermedad y los tratamientos.</b>
<b>Respeto a la privacidad, la confidencialidad y la dignidad.</b>
<b>Acceso a la historia clínica.</b>
<b>Recursos de prevención del cáncer.</b>
<b>Ausencia de discriminación.</b>
<b>Apoyar la capacidad del paciente de participar en la toma de decisiones y respeto a su capacidad de elegir y/o buscar una segunda opinión.</b>
<b>Cuidados multidisciplinares.</b>
<b>Acceso a nuevos tratamientos y ensayos clínicos.</b>
<b>Planes de atención para supervivientes.</b>
<b>Tratamiento del dolor, medidas de soporte y cuidados paliativos.</b>





**Tabla 3.** Perfiles de los motivos de ingreso hospitalario en Oncología.

<b>Fase de "estudio": facilitar o agilizar las pruebas diagnósticas.</b>
<b>Tratamientos complejos y/o de alto riesgo.</b>
<b>Complicaciones y efectos secundarios de los tratamientos oncológicos.</b>
<b>Complicaciones derivadas directamente del proceso neoplásico.</b>
<b>Complicaciones intercurrentes no oncológicas.</b>
<b>Complicaciones médicas y/o psico-sociales derivadas de la situación avanzada que no razonable manejar en su domicilio.</b>

---

REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Jackson VA, Mack J, Matsuyama, Lakoma MD, Sullivan AM, Arnold RM, et al. A qualitative study of oncologists' approaches to end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*. 2008; 11; 893–906.
- <sup>2</sup> Barón Duarte FJ, Rodríguez Calvo MS, Amor Pan JR. La agresividad terapéutica y la oncología líquida. *Cuadernos de Bioética*. 2017; 28: 71-81.
- <sup>3</sup> López-Ríos F, Concha A, Corominas JM, García-Caballero T, García-García E, Iglesias M, et al. Consenso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) sobre la determinación de HER2 en el carcinoma gástrico. *Revista Española de Patología*. 2011; 44: 32-48.
- <sup>4</sup> ¿Por qué los estudiantes de Medicina rechazan la Oncología? *La Voz de Galicia*. 3 de junio 2019.  
<https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2019/06/02/estudiantes-medicina-rechazan-oncologia/00031559491044639304951.htm>
- <sup>5</sup> Atlas KR. The hospitalist model and oncology: Oncologist opinions about inpatient cancer care delivery. *The Oncologist*. 2020; 25: e2006-e2009.
- <sup>6</sup> Baudendistel TE, Wachter RM. The evolution of the hospitalist movement in the USA. *Clinical Medicine*. 2002; 2: 327-30.
- <sup>7</sup> Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2010; 733-42.
- <sup>8</sup> American Society of Clinical Oncology: Cancer care during the last phase of life. *Journal of Clinical Oncology*. 1998; 16: 1986-96.
- <sup>9</sup> Hauser JM, Preodor M, Roman E, Jarvis DM, Emanuel L. The evolution and dissemination of the education in palliative and end-of-life care program. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18: 765-70.
- <sup>10</sup> American Society of Clinical Oncology, European Society for Medical Oncology. ASCO-ESMO consensus statement on quality cancer care. *Annals of Oncology*. 2006; 17: 1063-4.
- <sup>11</sup> World Health Assembly, 67. (2014). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. [consultado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>



- 
- <sup>12</sup> Finlay E, Rabow MW, Buss MK. Filling the gap: Creating an Outpatient Palliative Care Program in your Institution. American Society of Clinical Oncology. Educational Book. 2018; 38: 111-121.
- <sup>13</sup> Jara Sánchez C, Ayala de la Peña F, Virizuela Echaburu JA. Hospitales de día en Oncología. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2015.
- <sup>14</sup> Aranda Aguilar E, Benavides Orgaz M, Casas Fernández de Tejerina AM, Felip Font E, Garrido López MP, Rifá Ferrer J. Primer libro Blanco de la Oncología Médica en España. Dossier 2006. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2007.
- <sup>15</sup> Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas del cáncer. Disponible en: <http://www.ariadna.cne.isciii.es>.
- <sup>16</sup> Sociedad Española de Oncología Médica. Informe RECALOM. Recursos y calidad en Oncología Médica. 2015. [consultado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/RECAL\\_OM\\_Informe\\_20151021.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/RECAL_OM_Informe_20151021.pdf)
- <sup>17</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- <sup>18</sup> Rocque G, Barnett, Illig L, Eickhoff J, Bailey H, Campbell T, et al. Inpatient hospitalization of oncology patients: are we missing an opportunity for end-of-life care? Journal of Oncology Practice. 2013; 9: 51-4.
- <sup>19</sup> Baumol WJ. The cost disease: why computers get cheaper and health care doesn't. New Haven: Yale University Press; 2013.
- <sup>20</sup> Torralba i Roselló F. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. 2ª edición. Barcelona: Mapfre Medicina; 2006.
- <sup>21</sup> Barón FJ. Sanz A. Cuidar y asistir: ¿hijos de uno dios menor? Cuadernos de Bioética. En prensa.
- <sup>22</sup> Martínez Hernández A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Antropos, Barcelona, 2008.
- <sup>23</sup> Kleinman AM. What kind of model for the anthropology of medical system? American Anthropologist. 1977; 80: 661-5.
- <sup>24</sup> Kasper W. El desafío de la misericordia. Maliaño: Sal Terrae; 2015.
- <sup>25</sup> Macintyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 2001.

<sup>26</sup> Barley N. El antropólogo inocente. Barcelona: Anagrama; 2006

<sup>27</sup> Tannock IF. Treating the patient, not just the patient. The New England Journal of Medicine. 1987; 317: 1534-5.