

MARCO ACTUAL Y DE FUTURO DE LA ONCOLOGÍA MÉDICA

José Ramón Germà Lluch
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Duran i Reynals (ICO). Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Para comprender el contenido intrínseco de una especialidad hay que conocer con detalle la historia natural de la patología que la concierne. La mayoría de los libros básicos de la Oncología contienen un capítulo dedicado especialmente a describir dicha historia natural. Palabras como inducción, promoción y/o diagnóstico de confirmación y extensión o enfermedad loco-regional o metastásica adquieren en este contexto su sentido propio (figura 1). Pero existe otra historia natural, menos descrita, por no considerarla tácita, que corre paralela al desarrollo de cada cáncer, es la historia natural del “enfermo con ese Cáncer”:

Un día de una semana de un mes de enero, nuestro paciente empeora de su malestar abdominal que viene presentando con una intensidad variable desde hace unas semanas. Cuando acude a su médico de cabecera, éste le tranquiliza enfatizando lo común de sus síntomas y con la prescripción de un espasmolítico suave. Tras una leve mejora, ante la persistencia sino empeoramiento del dolor, el paciente vuelve en dos ocasiones más a su cabecera, quién finalmente le remite al Digestólogo de cupo. Todavía con el regusto de la papilla de contraste en el paladar, el especialista del estómago descarta patología seria esófago-gastro-duodenal. Pendiente de unos análisis generales, la receta en esta ocasión contempla un anti-H2 y otro espasmolítico de tercera generación. La noche anterior a conocer los resultados de la analítica, el dolor sufre una exacerbación brusca que le obliga a visitar la sala de Urgencias de su Hospital Comarcal. El cirujano de guardia lo interroga con detalle acerca de cualquier tipo de síntomas. El paciente debe reconocer que el dolor es de tipo continuo, que le produce la sensación de una estaca atravesada en el centro de su barriga y, que sin desaparecer del todo, sufre fluctuaciones de intensidad. Frente a una radiología simple



de abdomen y análisis generales anodinos, nuestro paciente es dado de alta con la recomendación de efectuarse una TAC abdominal en la próxima semana. La poca fortuna hace que la exploración se retrase un par de semanas más de la cuenta por avería del aparato. El gastroenterólogo del Comarcal le explica con cara seria que en la TAC realizada se aprecia una inflamación en el páncreas que precisa de un dictamen más específico mediante la toma directa de una muestra de la lesión para su posterior examen con el microscopio. Ello debe realizarse en el Hospital terciario de Referencia el cual dispone de una buena radiología intervencionista. Once días después de realizada la punción, es informado de la necesidad de repetir todo el proceso, en esta ocasión con una TAC en vez de con una ecografía, dado que la primera punción no ha aportado material suficiente para un diagnóstico. Mientras el dictamen de tumor pancreático aflora a los labios del facultativo y el mundo se derrumba a continuación, la máquina compleja de la medicina moderna se pone en marcha a su alrededor: Análisis con marcadores sofisticados, TAC helicoidal, una arteriografía del tronco celiaco, visitas correspondientes con el Cirujano experto, con el anestesista y con un Doctor de pago que le han recomendado unos amigos, lo llevan finalmente al quirófano, donde según el residente de cirugía que le informa el cuarto día del postoperatorio, el tumor no ha podido ser resecado al presentar un par de pequeñas lesiones en el hígado circundante. A partir de entonces, cinco meses y medio después de acudir por primera vez a su médico de cabecera, todo queda en manos de los oncólogos médicos que tratarán su tumor con quimioterapia.

Es posible que la mayoría de nosotros creamos que nuestra especialidad, la oncología médica, empieza a ejercer sus funciones a partir de ese momento. Será entonces el turno de los dispositivos intravasculares para administrar quimioterapias más o menos sofisticadas, de los ensayos en fase I o II precoces, de los análisis traslacionales de las muestras histológicas obtenidas en la intervención, momento de nutrir a la ciencia con polimorfismos, improntas genéticas obtenidas mediante microarrays, detección de mutaciones específicas en diferentes oncogenes etc., es decir con un mayor conocimiento sobre los mecanismos intrínsecos de aquel tumor en particular. De esta visión excesivamente reduccionista de nuestra especialidad, ha de preguntarse, quien es el auténtico protagonista de su razón de ser: “el tumor” o el “paciente con el tumor”, porque aunque parezcan sujetos idénticos, la especialidad que debe cuidarse del “paciente con un tumor” es más amplia, generosa y tiene una visión más sanitarista del mundo complejo del Cáncer.

LA ONCOLOGÍA MÉDICA DE LOS PRÓXIMOS VEINTE AÑOS

Adivinar como será nuestra especialidad en un futuro a medio plazo es un reto apasionante, que puede ser visto de formas muy diferentes dependiendo de la actitud del observador con respecto a la visión de lo conseguido hasta hoy en día y de sus especiales expectativas de futuro.



Visión Crítica de los resultados obtenidos recientemente

Esencialmente, existen tres tipos de visión según se valore la cadena de nuevos descubrimientos acerca de la fisiopatología bio-molecular responsable del desarrollo de las neoplasias, en relación con los resultados iniciales obtenidos con los nuevos enfoques terapéuticos que tienen como objetivo las nuevas dianas descubiertas:

- Una visión triunfalista a corto plazo basada en los logros espectaculares registrados en patologías como la Leucemia Mieloide Crónica o GIST con moléculas de diseño tipo mesilato de imatinib (Glivec), linfomas CD-20 positivos con el anticuerpo rietuximab, o las respuestas incipientes obtenidas en pacientes con Cáncer metastásico de riñón con diversos fármacos antiangiogénicos. Esta visión eminentemente simplista considera que los recursos deben emplearse en el estudio de las características intrínsecas del "tumor" y que sólo es cuestión de tiempo el encontrar diferentes preparados capaces de intervenir en todas y cada una de las vías de transmisión de señales compartidas y alteradas en la mayoría de las neoplasias. La prioridad es la investigación de laboratorio de nuevos fármacos a partir de los avances en biología molecular, prestando un interés marginal por la organización de la atención oncológica en su conjunto.
- Una visión pesimista basada en que las raíces del cáncer se encuentran profundamente asentadas en el envejecimiento progresivo de la humanidad y por ende en los tejidos que la forman, dentro de un medio ambiente poco salubre donde la contaminación de la atmósfera, el tabaco y la dieta inadecuada parecen casi imposibles de erradicar. Esta visión considera los beneficios mencionados en el apartado anterior como anécdotas puntuales acontecidas sobre neoplasias de escasa importancia epidemiológica. Enarbola la escasa mejoría obtenida en la supervivencia global de las neoplasias comunes como son cáncer de pulmón y de colon, como ejemplo del bajo rendimiento de los enormes recursos empleados. Lógicamente, esta visión prioriza el diagnóstico precoz y las campañas anti-tabaco por un lado y el tratamiento con intención paliativa como objetivos fundamentales del gasto público. Son pues, la prevención del cáncer y el control de los síntomas del paciente su principal protagonista.
- Finalmente existe una visión que considera el cáncer como un legado de la evolución, y por tanto inevitable en cuanto a su presencia pero susceptible de ser superado como resultado de dicha propia evolución. Transforma la carrera de velocidad de la visión triunfalista en una carrera de fondo, donde el mensaje es optimizar los recursos disponibles en cada uno de los terrenos posibles de la lucha contra el cáncer. Cambia la visión pesimista en por otra



equilibrada donde los éxitos registrados con los fármacos de diseño son ponderados por igual que los hallazgos obtenidos en el campo de la epidemiología – léase prevención del cáncer de cérvix o hepatocarcinoma mediante la vacunación contra el papiloma virus o el virus de la hepatitis C. Se trata, pues, de una visión sanitaria del manejo del Cáncer que preconiza el empleo armónico de los recursos en cada uno de los aspectos importantes a tener en cuenta: prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento junto a la investigación clínica y traslacional ligada a cada uno de estos apartados. Contempla la visión integral del “paciente con su tumor”, evitando la focalización excesiva en cualquiera de los dos sujetos y tiende a aplicar de forma efectiva los conocimientos existentes sobre la mejor manera de tratar al paciente y prevenir la enfermedad, sin esperar la receta mágica que provenga del futuro.

Las expectativas de los protagonistas

Desde esta tercera visión me gustaría decorar el escaparate que debería mostrar la Oncología Médica a corto y mediano plazo. Dicha descripción debe contemplar un resumen escueto de las principales expectativas de cada uno de los protagonistas del mundo oncológico: paciente, oncólogo, sociedad y autoridades sanitarias.

1. El paciente reclama un diagnóstico y tratamiento oncológico rápido, individualizado, con escasos efectos secundarios pero sobre todo resolutivo. Acepta desplazamientos largos con objeto de recibir tratamientos complejos (radio-quimioterapia concomitante), agradeciendo la realización de pruebas y tratamientos estándar en su Hospital Regional /Comarcal. Pide, ante todo, solvencia y continuidad asistencial durante su proceso.
2. El Oncólogo médico no sólo desea tener a su alcance todos los medios disponibles para el mejor manejo de la neoplasia de cada paciente, sino que su deseo, en concordancia con su pasado internista, pretende integrar el conocimiento de todas y cada una de las especialidades que están involucradas en el diagnóstico y tratamiento inter-disciplinario específico de cada tumor. Inmerso, en general, en una asistencia febril reclama tiempo para pensar y para involucrarse en proyectos de investigación que den respuesta a su personalidad científica.
3. La sociedad civil requiere información veraz, asequible y suficiente sobre la patología neoplásica, con especial atención a las medidas de prevención y diagnóstico temprano del Cáncer. La curación con mínimas secuelas es deseable para la integración socio-laboral del paciente una vez acabada la etapa terapéutica.



4. Las autoridades Sanitarias desean una asistencia global eficiente, por lo que son especialmente sensibles a aquellas bolsas de ineficiencia con gran impacto en la opinión de la población. Accesibilidad deficiente y listas de espera por una parte y la sostenibilidad económica del sistema, son sus dos principales preocupaciones.

El nuevo contexto de la Especialidad de Oncología Médica

Nos referiremos aquí a los principales aspectos que debe contemplar una especialidad dinámica y moderna como es la especialidad de la Oncología Médica teniendo en cuenta el escenario y los protagonistas mencionados.

- a) Formación.
- b) Ejercicio Profesional.
- c) Relaciones interdisciplinarias.
- d) Sociedades Científicas.
- e) Relaciones con la Industria Farmacéutica.
- f) Investigación aplicada.
- g) Co-responsabilidad Sanitaria.

Cada uno de los anteriores apartados será desarrollado dentro de los diferentes capítulos del Libro Blanco por los respectivos expertos. La intención de describirlos brevemente en este acápite es dar una visión integrada de la Especialidad teniendo en cuenta las expectativas de los protagonistas anteriormente mencionadas.

a) La Formación: Cuando releo la tercera edición de la “Guía de Formación para Especialistas” con respecto a la formación deseable para obtener el título de oncólogo médico (documento al que puse mi pequeño grano de arena durante mi periodo de estancia en la Comisión Nacional de la Especialidad), siempre tengo la impresión de que el contenido global propuesto se fundamenta más en una utopía romántica y exultante de la especialidad que en una visión más realista y pragmática de la misma. Se pretende que en cuatro años no sólo se adquieran las habilidades de un buen internista sino que además se integren todos los conocimientos que genera la enfermedad cancerosa, sin duda la patología con un desarrollo de conocimiento científico más espectacular de estas dos últimas décadas. La materia es, pues, muy extensa y el tiempo está seriamente limitado, dos premisas que deben abocar hacia una política de prioridades. En espera que se conceda el, desde hace largo tiempo demandado, quinto año de especialidad, hoy todavía bloqueado por la insuficiencia de presupuestos, hemos de



definir con claridad que clase de oncólogo médico queremos que salga de nuestros hospitales al finalizar su Residencia:

1. Debe saber manejar aquella patología general que con frecuencia se presenta en el paciente con cáncer: diabetes, hipertensión, tromboflebitis, enfermedad obstructiva crónica, neumonía... hasta un total de no más de una docena de cuadros fundamentales diferentes.
2. Debe conocer la historia natural de la mayoría de cánceres al dedillo, en que se fundamenta la metodología diagnóstica y terapéutica recomendada para cada tumor en las oncogías vigentes.
3. Debe conocer la farmacología antineoplásica a fondo, con especial atención a la farmacología clínica de los productos y al manejo de la toxicidad que producen.
4. Debe saber paliar los síntomas asociados al crecimiento descontrolado del tumor.
5. Debe saber escuchar al paciente y expresar de forma adecuada cuál es su situación y las opciones de tratamiento que tiene a su alcance.
6. Debe saber qué procedimientos están a su alcance y cuáles deben ser efectuados en un nivel asistencial diferente.

Es evidente que es deseable que su formación se complemente con una buena base de biología molecular, genética y estadística entre otras muchas habilidades pero, he aquí, cuando debe intervenir el sistema de prioridades anteriormente mencionado. El ámbito de ejercicio de la especialidad señalará las necesidades de aprendizaje posterior; diferentes si se trata de un hospital de la Región, de un hospital terciario o de una industria farmacéutica. Hemos de asegurar de una vez por todas que las promociones de especialistas en Oncología Médica sean capaces de proporcionar una atención médica especializada competente desde el mismo día de su graduación. La obtención de otras habilidades dependerá de la voluntad dirigida del oncólogo médico y de su ámbito de actuación. Fellowships especialmente dirigidos a los diferentes aspectos de la investigación aplicada, tanto clínica como traslacional, son los recursos actuales dirigidos a completar la formación del especialista recién acabado.



b) Ejercicio profesional: La oncología médica es una especialidad compleja capaz de generar un gran impacto emotivo y psicológico. La consecución de una carrera profesional exitosa dependerá de nuevo de la escala de valores de cada uno en particular. En un momento histórico en que los emolumentos recibidos por el ejercicio público de la profesión no parecen estar a la altura del esfuerzo cotidiano, los valores éticos y morales adquieren una mayor relevancia. La oncología médica es una especialidad claramente vocacional cuya satisfacción primordial debe emanar del mero hecho de ejercerla con profesionalidad plena. Los responsables de la administración sanitaria debe proporcionar un entorno que facilite la práctica de la oncología sin el peligro de la aparición con el tiempo del *burn-out* correspondiente al enfrentarse continuamente al sufrimiento humano. Los antídotos más eficaces son el trabajo en equipo, la implicación en algún tipo de investigación clínica aplicada y el reconocimiento por parte de las estructuras jerárquicas y/o sociales del trabajo bien hecho. La organización matricial del trabajo permite incorporar etapas de responsabilidad ejecutiva de duración variable que estimula y enriquece la carrera profesional. El concepto de jefaturas clínicas vitalicias es a la larga menos estimulante que una coordinación de un programa específico con objetivos y un plan estratégico determinado a desarrollar. La enorme importancia que ha adquirido la patología cancerosa en la actualidad permite, además, distintas salidas profesionales con matices de reconocimiento propios de cada uno de los ámbitos de ejercicio profesional: Niveles asistenciales varios, aseguradoras y hospitales privados, departamentos médicos de la Industria Farmacéutica, equipos de cuidados paliativos, entre otros.

c) Relaciones Interdisciplinarias: El acto médico solitario realizado por un especialista en particular está obsoleto dentro de la esfera de la Oncología moderna. La implantación de los denominados Comités de Tumores es prácticamente universal en la medicina pública de nuestro país. Incluso, algunos Hospitales privados han adoptado este modelo como reclamo de una oncología de calidad. El enfoque multidisciplinario inicial basado en la revisión del historial del paciente por los diferentes especialistas involucrados en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia en cuestión, tiene un valor añadido incuestionable, aunque ha sido ampliamente superada por la visión interdisciplinar del propio paciente con su tumor por parte de una combinación sensata entre las especialidades quirúrgicas y médicas involucradas en su diagnóstico y tratamiento. Éstas son las denominadas Unidades Funcionales, órganos de gestión y prestación de servicios de naturaleza transversal de eficiencia ampliamente demostrada. Las decisiones colegiadas realizadas frente al paciente desde la primera visita agilizan los circuitos asistenciales lo que comporta una mejora de los intervalos críticos, primer diagnóstico –primer tratamiento, cirugía radical– adyuvancia, etc., y sobre todo pone un especial énfasis en la primera decisión terapéutica, fundamental para la evolución



posterior del paciente. Rara vez segundas maniobras son capaces de enmendar primeros tratamientos incorrectos. Quiero dar aquí un toque de atención al desarrollo futuro de nuestra especialidad con respecto a sus relaciones con las otras especialidades que comparten la responsabilidad de diagnosticar y tratar a los pacientes neoplásicos: hay que cambiar la imagen del oncólogo médico como director de orquesta por la de un relevista de 400 metros, o mejor aún por la de un palista en una embarcación de 8 con timonel. El futuro está en instaurar relaciones igualitarias donde debe primar el conocimiento compartido, enriquecido por los conocimientos específicos de cada especialidad. El puesto de timonel dependerá de las características personales de cada grupo de trabajo en particular. Debo hacer mención especial a la interrelación con la Radioterapia oncológica por su cercanía de intereses y su ubicación cercana en la mayoría de centros. La quimio-radioterapia concomitante en media docena de indicaciones y el objetivo común de curar conservando órganos es un marco ideal para consolidar tandems mixtos especialmente interesados en estos aspectos. Ambas especialidades necesitan saber más conceptos básicos de la otra.

d) Sociedades Científicas: Cuando el número de oncólogos médicos con título se acerca a la mágica cifra de 1.000 especialistas, las sociedades científicas nacionales e internacionales que los aglutinan deben plantearse nuevos horizontes de actuación. La Sociedad Española de Oncología Médica tiene, entre otros, cuatro retos fundamentales:

1. Realizar una política valiente de consenso con el resto de especialidades involucradas en el manejo de los pacientes con Cáncer a través de reuniones nacionales realmente paritarias e interdisciplinarias.
2. Promocionar reuniones científicas de calidad con la tarea doble de regular de una vez por todas la proliferación sinfín de pequeñas reuniones de ámbito localista y de organizar un Congreso Nacional bianual y 2-3 *work-shops* anuales (iterantes) sobre los temas más candentes de la Oncología en cada momento.
3. Estimular y esponsorizar iniciativas de evaluación de resultados que la sociedad civil y las autoridades sanitarias ameritan, como el mejor exponente de control de calidad y de competencia profesional de la propia sociedad.
4. Planificar y promocionar la presencia de miembros de la SEOM en el ámbito de las sociedades internacionales en la cuantía y nivel que corresponde a dicha sociedad por su historia, prestigio y número de afiliados.



e) Relaciones con la Industria Farmacéutica: Aunque de hecho la relación fundamental de la oncología médica y la Industria Farmacéutica se articula a través de la investigación clínica aplicada, el entramado de influencias entre los dos ámbitos es tal que merece un acápite aparte. Es obvio el potencial de negocio que genera la prescripción oncológica, lo que ha hecho que las principales compañías farmacéuticas se interesen cada vez más por el prolífico campo de la oncología. En este entramado de interrelaciones individuales e institucionales debería cuidarse con gran esmero los siguientes aspectos:

- La transparencia en las reglas de juego.
- El rigor científico.
- Niveles de discusión bien diferenciados: Dpto. Médico vs Dpto. Marketing vs Dpto. de ventas.
- Definición finalista clara de las ayudas recibidas, en especial de cualquier bien de usufructo personal.
- Los conflictos de interés dentro de comisiones de farmacia hospitalarias.

La regulación transparente de las relaciones crea un entorno que incrementa la confianza y la credibilidad del sistema, lo que conlleva una retroalimentación positiva de las interrelaciones paritarias concordantes y otra negativa en aquellas en que exista por cualquiera de las dos partes un sentimiento de arbitrariedad o abuso.

f) La investigación aplicada: Ningún tumor tiene un tratamiento lo suficientemente efectivo u optimizado como para que no exista un amplio margen de mejora. Mientras que la mayoría de especialidades poseen herramientas o máquinas específicas que caracterizan su campo de acción, el instrumento fundamental de la oncología médica se encuentra en la investigación clínica realizada con una metodología depurada. No existe prácticamente ningún paradigma dentro de la oncología médica que no haya surgido de un esfuerzo investigador previo; la mayoría fruto de ensayos en fase III multicéntricos y unos pocos a partir de ensayos en fase II con resultados incontrovertibles refrendados por múltiples autores o instituciones. La investigación clínica está tan profundamente arraigada en la esencia de nuestra especialidad que no debería existir oncólogo médico alguno sin algún tipo de conexión con dicha investigación aplicada, sea cual fuere su ámbito de actuación. El campo de la oncología es tan amplio que permite involucrarse en alguno de sus múltiples aspectos a cualquier oncólogo interesado. Dado que la disciplina del ensayo clínico realizado según la guía de buenas prácticas clínicas es uno de los indicadores básicos de calidad asistencial, es el momento de recordar aquí la necesidad de adecuar las plantillas y el tiempo de dedicación del oncólogo médico a las nuevas necesidades con las que se enfrenta la especialidad:



- Complejidad terapéutica creciente.
- Decisiones Inter-disciplinarias más elaboradas.
- Mayor atención a la información global tanto al paciente como a los familiares.
- Aspectos nuevos de prevención como el consejo genético o la quimioprofilaxis.
- Tratamientos individualizados con aspectos farmacogenómicos y farmacogenéticos especiales.
- Ensayos terapéuticos más sofisticados con la obtención de múltiples muestras para los aspectos traslacionales ligados en general con los nuevos fármacos de diseño.
- Proliferación desmedida de información oncológica que precisa de constante racionalización para su aplicación más adecuada.
- Un número creciente de pacientes tanto iniciales como en régimen de seguimiento.

El descubrimiento progresivo del complejo mundo de la fisiopatología genético-molecular de las enfermedades neoplásicas ha situado a la oncología médica frente al reto de servir de interlocutor válido entre los investigadores básicos y los entes interdisciplinarios diseñados para el manejo más eficaz de cada cáncer en particular. La visión integral de la oncología médica, que ha debido abarcar desde siempre los aspectos etiológicos, fisiopatológicos y terapéuticos de cada tumor, debe de estar en condiciones de formular las preguntas oportunas para ser respondidas por los básicos mediante experimentos bien diseñados. Tanto los hospitales monográficos como los institutos de Cáncer inmersos dentro de complejos hospitalarios generales ya han creado estructuras de Investigación traslacional en el que se han involucrado oncólogos médicos. La asignatura pendiente está de nuevo en la participación global de todo el servicio para generar un ambiente adecuado de transmisión de inquietudes y de conocimientos entre clínicos y básicos.

Un peligro que la especialidad debe erradicar de raíz es la contraposición entre la farmacología generada desde la fisiopatología molecular del cáncer y los tratamientos más convencionales con quimioterapia clásica. Debe evitarse que se acaben instaurando dos categorías diferentes de investigación, una plenamente de moda con la bio-genética como sustento primada y estimulada por la industria farmacéutica puntera, y otra considerada de forma algo peyorativa, como convencional aunque represente más de un 90% de los tratamientos considerados como estándar en el tratamiento del cáncer.

Tras la enorme burbuja inicial, fruto de la denominada prueba de concepto aportada por unos pocos ejemplos que interesan en general a tumores de muy baja incidencia, ha llegado el momento de relativizar los avances obtenidos en este campo en comparación con las gran-



des cifras de recursos empleados. Algunas veces la investigación clínica actual parece buscar más un pleno en la ruleta de la fortuna, que realizar una investigación sistemática, probablemente menos ambiciosa en el tiempo de ejecución pero con objetivos y estrategia de desarrollo mejor sistematizados. La Oncología Médica debe buscar como definir con precisión el concepto de **beneficio clínico**. Hemos de aceptar que, tras la incorporación constante de nuevos *“surrogate factors”*, se esconde la relativa ineficiencia de muchos productos nuevos de destruir las células neoplásicas. Es obvio que ante la pobreza de resultados obtenida con algunos de los nuevos fármacos de diseño, hemos reaccionado bajando el listón de nuestras expectativas de respuesta con la secreta esperanza de que la solución definitiva de muchos tumores se producirá dentro de esta línea de investigación. Una postura inteligente se encuentra en diversificar el riesgo adoptando además líneas de investigación más tradicionales.

g) Corresponsabilidad Sanitaria: Ya hemos enfatizado en la introducción del capítulo las diferencias que existen entre la historia natural de un cáncer y la de un paciente en particular afecto de ese cáncer. Las bolsas de ineficiencia del sistema sanitario son reconocidas desde hace tiempo por los diferentes protagonistas involucrados en el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias: síntomas inespecíficos, tiempos de visita parcos, recursos diagnósticos insuficientes y lista de espera para realizar las maniobras de tratamiento radical en un tiempo aceptable. La Oncología Médica puede contemplar estoicamente esta situación como si no fuera con ella o puede dar un paso firme adelante y expandir el ámbito de actuación de los órganos interdisciplinarios a la medicina primaria estimulando a la creación de responsables oncológicos dentro de los centros de asistencia primaria (CAP), con el objetivo de articularse con las unidades funcionales o comités de tumores para desplegar circuitos de exploraciones rápidas desde donde agilizar la etapa diagnóstica. En el entorno del propio Hospital donde esté ubicado el Servicio o Unidad de Oncología médica, la lucha debe estar en conseguir la prioridad necesaria para la patología cancerosa que se merece por su gravedad y relevancia. El mejor método para modificar un entorno hospitalario desfavorable o no suficientemente colaborador es hacer extensivo los beneficios tangibles e intangibles de la práctica oncológica al resto de especialidades involucradas. Resultados clínicos fiables susceptibles de presentaciones científicas orales y/o escritas, aportaciones para ayudas a personal de investigación, material inventariable específico para una determinada actividad o especialidad, etc. son a veces del todo determinantes. Con respecto a los servicios de Oncología Médica ubicados en hospitales terciarios debe desarrollarse una inquietud especial para conseguir una asistencia integrada con los hospitales de la Región, generando un flujo de pacientes en uno u otro sentido según sea necesario realizar técnicas diagnósticas o terapéuticas más o menos sofisticadas. Debería buscarse cada vez más hablar de áreas oncológicas integradas que de diferentes niveles asistenciales.



En definitiva, la oncología médica puede desarrollarse como una especialidad puntera y llena de recursos, cada vez más sofisticada e ininteligible para sus compañeras de viaje, o puede optar por la cooperación en todos los sentidos abocando al paciente con cáncer a una organización integrada que le permita acceder a organizaciones interdisciplinarias plenamente involucradas en su manejo que posibiliten el mejor tratamiento estándar o, ante su ineficacia manifiesta, a la mejor investigación aplicada posible, todo ello dentro de un entorno donde la obtención de resultados contrastados permita evaluar la calidad del sistema.

Es bien seguro que un Libro Blanco aporta a una especialidad determinada un cúmulo abundante de posibilidades de mejora, pero sólo la generosidad de miras hará de la Oncología Médica una especialidad eficiente para sus enfermos, atractiva para las nuevas generaciones y gratificante para los que la ejercemos y queremos creer que tiene un futuro sin límites.