

RESPONSABILIDAD Y BUENA PRÁCTICA EN LAS SITUACIONES ASISTENCIALES DE DECISIÓN CLÍNICA COMPARTIDA.

RESPONSIBILITY AND GOOD PRACTICE IN SHARED CLINICAL DECISION MAKING SITUATIONS.

RESPONSABILIZAÇÃO E BOAS PRÁTICAS EM SITUAÇÕES DE TOMADA DE DECISÕES CLÍNICAS PARTILHADAS.

Álvaro Sanz Rubiales¹, María Luisa del Valle Rivero²

Fecha de recepción: 25.01.2022

Fecha de aceptación: 07.02.2022

RESUMEN

La Medicina actual tiende a una mayor especialización. En este escenario, las situaciones asistenciales de decisión clínica compartida entre los diferentes profesionales que participan y colaboran en la atención al paciente son cada vez más frecuentes. Los comités de tumores pueden servir como paradigma de proceso interdisciplinar en la toma de decisiones. Estos comités pueden ayudar a mejorar la asistencia de los pacientes. Sin embargo, hasta estos comités de tumores, que pueden ayudar a mejorar la atención del paciente oncológico, tienen limitaciones que a veces no nos resultan tan evidentes. Por una parte, no se puede considerar como un órgano colegiado con capacidad expresa consultiva o ejecutiva a pesar de que su sistemática de trabajo pueda llevar a pensarlo. Por otra, no toda decisión consensuada por un grupo de profesionales compromete la actividad o puede considerarse de obligado cumplimiento por parte de los que han participado en la decisión. Además, la sistemática de toma de decisiones en estos comités está sujeta a numerosos sesgos que pueden reducir la calidad y la aplicabilidad de estas decisiones. Finalmente, es preciso analizar cuál es la responsabilidad en estos procesos. Al equipo como tal sin estructura legal difícilmente se le podrán achacar responsabilidades concretas asociadas a la práctica clínica. Y la decisión compartida tras un proceso deliberativo en equipo no exime a cada uno de sus miembros de la obligación de implicarse en la atención del paciente que lo requiera ni de la responsabilidad correspondiente.

Palabras clave: Bioética. Interdisciplinariedad. Responsabilidad. Comité de tumores.

¹Profesor Asociado, Universidad de Valladolid. Vocal, Comisión de Bioética de Castilla y León. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid, España.

Correspondencia:Álvaro Sanz Rubiales, Oncología Médica. Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 1, 47012 Valladolid, España. Teléfono: 983420400, E-mail: asrubiales@hotmail.com

ABSTRACT

Medicine tends to be more specialized. In this scenario, clinical decision care situations shared between the different professionals who participate and collaborate in patient care are increasingly frequent. We propose the work of tumor committees as a paradigm of interdisciplinary decision-making process. These committees can help improve patient care. However, even these tumor committees, which can help improve cancer patient care, have limitations that are sometimes not apparent. On the one hand, it cannot be considered as a collegiate body with express advisory or executive capacity, even though its work system may suggest so. On the other, not every decision reached by consensus by a group of professionals compromises the activity or can be considered mandatory by those who have participated in the decision and not by others. In addition, the decision-making system in these committees is subject to numerous biases that can reduce the quality and applicability of these decisions. Finally, it is necessary to analyse what is the responsibility in these processes. It is difficult for the team as such without a legal structure to be held accountable for specific responsibilities associated with clinical practice responsibility. And the shared decision after a team deliberative process does not exempt each of its members from the obligation to be involved in the care of the patient that requires it or from the corresponding responsibility.

Keywords: Bioethics. Interdisciplinarity. Responsibility. Tumor board.

Introducción

La imagen habitual es la que muestra la relación entre médico y paciente como algo cerrado, donde solo caben dos personas -dos individuos- a los que, en cierto modo, se presenta como *aislados del resto del mundo*. Este modelo ideal se rompe cuando se observa la realidad. La relación médico-paciente no es ni puede ser algo aislado. Por una parte, está integrada en un ámbito más amplio -social- e influenciada y limitada por el compromiso de equidad que hace referencia potencial a las demás personas, a los pacientes y a la sociedad entera, que no participan en esa relación. Junto al paciente se encuentran los familiares y cuidadores que forman la unidad de cuidados y que participan de una manera explícita o tácita y con diferente grado de implicación en la información y en la toma de decisiones. Y también desde el perfil del médico es fácil apreciar que, con frecuencia, la atención de un mismo problema es algo interdisciplinar, común y compartido por varios profesionales que trabajan de manera coordinada o en equipo en la atención de problemas complejos.

En cierto modo, nos vamos acostumbrando a entender la relación entre médico y paciente desde una perspectiva más amplia y no como algo que solo tiene una dirección con dos sentidos posibles: del médico al paciente y del paciente al médico. En concreto, como una consecuencia de la fragmentación del conocimiento y de la especialización (y superespecialización) de la práctica asistencial es común percibir que, más allá de la presencia del médico responsable o del médico de referencia, las decisiones y la atención tienen un perfil no solo multidisciplinar sino interdisciplinar. No es un solo médico y ni siquiera una sola especialidad los que afrontan la toma de decisiones, el tratamiento y el seguimiento del enfermo. De manera cada vez más evidente es necesario que haya una participación y un compromiso de profesionales de perfiles muy diversos. Esta participación multidisciplinar -por número- e interdisciplinar -por imbricación, interacción y sistemática de trabajo- forma parte del estándar de la atención de muchos pacientes complejos, en concreto del paciente oncológico. En función del grado de implicación de los profesionales se podrían definir tres grandes modelos de participación multidisciplinar: la comisión de expertos con una función consultiva, una sistemática de trabajo coordinada de una manera formal y el proceso asistencial integrado, normalmente adaptado a un protocolo¹.

Sin embargo, igual que la interdisciplinaridad y las decisiones compartidas se toman como referencia de una buena atención clínica, es muy poco lo que se ha trabajado en lo que debería ser la práctica adecuada, la ética y, en concreto, la responsabilidad asociada a estas decisiones que dejan de depender de un solo profesional, el que en el modelo clásico las toma, las comunica al paciente y afronta el proceso asistencial^{2,3}.

Toma de decisiones

Son muchas las situaciones de la práctica habitual que se prestan a una decisión compartida; en la Tabla 1 se presenta una relación que no pretende ser exhaustiva. Muchas de ellas nos resultan tan comunes y estamos tan acostumbrados a verlas porque esta manera de trabajar forma parte de nuestra práctica habitual que resulta difícil tener conciencia de que son varios los profesionales que intervienen en la toma de decisiones.

Estas decisiones compartidas no son algo nuevo que se haya empezado a ver como consecuencia de la superespecialización; al contrario, se trata de una situación que ha existido desde siempre, desde que la Medicina se definiera en dos perfiles complementarios -médico y quirúrgico- y desde que un mismo paciente tuviera que ser atendido por más de un médico. Aun así, es evidente que esta manera de trabajar es algo muy propio de la Medicina actual. Los procesos complejos requieren una perspectiva múltiple y las complicaciones de muchos problemas clínicos (y de sus tratamientos) pueden afectar a órganos y sistemas muy diversos. La imposibilidad de abarcar todos los conocimientos y todas las técnicas lleva a la superespecialización y a la necesidad de que, para atender a un mismo paciente, participen profesionales de perfiles muy diversos en su capacitación y especialización.

Como ya se ha comentado, no se trata de una situación nueva. De ordinario en la Medicina la coincidencia de la actividad en un mismo paciente se ha resuelto con la secuencialidad, en la que cada especialista actúa y remite al enfermo a otro especialista para que este, a su vez, lleve a cabo su parte específica de la valoración o del tratamiento. Se genera así una serie de actuaciones sucesivas que exigen que cada especialidad tenga conocimiento de las funciones de las demás que pueden (o deben) intervenir en el proceso y del orden con que deben hacerlo. Aunque no suele haber una coordinación previa, la rutina de la repetición de actos puede llevar a que se genere de manera tácita una cierta protocolización y un orden en las actuaciones. No se podría definir a quién corresponde la función de médico responsable del proceso ya que este papel es también secuencial y depende de cuál sea el tratamiento y cuál la especialidad que asuma el protagonismo en cada momento. Este sistema sigue estando en vigor y se sigue empleando en la práctica habitual en numerosas actuaciones clínicas, sobre todo en procesos poco complejos. En todo caso, esta secuencialidad -sin imbricación y coordinación real- no se debería considerar como una auténtica actuación interdisciplinar.

Situaciones de decisión compartida

Como aparece en la Tabla 1, son numerosas las situaciones que suceden en la práctica diaria en que se lleva a cabo una atención -y una toma de decisiones- compartida y que se deberían afrontar desde una perspectiva ética para discriminar, por ejemplo, quién debería afrontar la responsabilidad de estas decisiones.

- Dos profesionales de especialidades diferentes que afrontan directamente un mismo paciente desde perspectivas complementarias. Esta es una situación muy común que se puede concretar en el paciente atendido por un Servicio que solicita la valoración y el seguimiento por parte de otro. O, sencillamente, la situación que se da en la consulta informal o “de pasillo”. En estos casos, siempre debería ser posible definir un médico responsable, es decir, un médico de referencia integrado en el Servicio en que el paciente se encuentra ingresado o que asume el seguimiento de la patología principal. En todo caso, cada profesional es responsable de sus decisiones: tanto de lo que decide hacer como de lo que estima que no debe hacerse. Y también es responsable de informar al paciente y/o a los familiares del plan y de las posibles opciones y de formalizar la decisión. Esta información debería estar integrada en el proceso de información en que -con mayor o menor grado de implicación- colaboran los diferentes profesionales. Llegado el caso, a cada profesional le corresponde obtener formalmente el correspondiente consentimiento informado para llevar a cabo cualquier técnica de mayor riesgo que le corresponda⁴. Y este profesional debería dejar constancia en la historia clínica de esta información. Es importante que los demás profesionales tengan acceso a esta historia clínica y conozcan en qué punto del proceso se encuentra la información al paciente y cuáles han sido las aportaciones de los demás profesionales.
- Atención incidental de un paciente que está en seguimiento por otro médico. Se trata de una variante del escenario anterior. En este caso se realiza una atención puntual del paciente que se lleva a cabo al margen de un proceso asistencial ya diseñado. Se trata de la situación del que se ve abocado a asumir la toma de decisiones de manera inmediata, como sucede en una atención urgente o en la

llamada durante una guardia, y que debe afrontar necesariamente la responsabilidad de sus decisiones. En un escenario así es conveniente tener en cuenta la actitud y el plan trazado por el médico responsable. Y es bueno respetarlas en la medida de lo posible, pero como un valor secundario ya que el primer objetivo es superar la gravedad de la agudización que toca atender en ese momento.

- Médico responsable que debe afrontar la imposición de un superior. Hay que definir cuál es el grado de responsabilidad que corresponde a cada profesional en función de su capacitación y de su implicación en el proceso. Si se trata de un médico en formación que tiene parte de su responsabilidad delegada, lo coherente sería asumir la imposición del especialista que lo supervisa y que, con la supervisión, asume o comparte sus responsabilidades. Si estima que la decisión no es adecuada debería comunicarlo a su superior jerárquico y, si está en su mano, registrar su opinión en la historia clínica o en algún tipo de documento. Si, al contrario, se trata de un médico con capacidad y autonomía en la toma de decisiones es necesario deslindar muy bien cuál es la autoridad del que se lo impone. Una autoridad meramente administrativa no sería suficiente para imponer decisiones clínicas. En todo caso, si alguien se opone a la decisión de un colega debería dejar claro qué es lo que ha percibido y por qué ha actuado de esa manera, argumentando la proporcionalidad. Al negar la acción de un colega se hace responsable de que no se haya llevado a cabo la intervención o el acto médico previsto. Si no está en su mano cambiar la decisión, debería poner el hecho en conocimiento de estamentos superiores con capacidad ejecutiva o punitiva para que limiten la capacidad de actuación del médico.
- Sugerencias aportadas por los colegas tras una discusión o deliberación abierta en sesión clínica. En estas reuniones es posible tratar sobre cuestiones clínicas generales y también sobre casos particulares. La actitud, los comentarios y aportaciones de cada persona que participa está siempre sesgada por su visión del caso concreto, generalmente parcial e indirecta, y mediada por una información que puede ser parcial y sesgada. Por eso estas sugerencias -aunque puedan parecer *prima facie* como auténticas decisiones colegiadas que asumen una

responsabilidad compartida- tienen siempre un valor limitado. En la misma medida que los participantes en la sesión clínica no pueden hacerse responsables de la aplicación de los comentarios o de las orientaciones que puedan aportar, tampoco el médico responsable se puede ver obligado a ponerlas en práctica: el que recibe un consejo sigue asumiendo la responsabilidad de sus decisiones. Dejar una nota en la historia clínica indicando cuál ha podido ser la decisión o el consejo de “la sesión clínica” solo puede tener un valor muy limitado a la hora de *compartir* o de *delegar* responsabilidades clínicas con los demás asistentes puesto que no se conoce en qué términos se transmitió la información ni quiénes participaban ni cómo se deliberó ni si hubo acuerdo y en qué términos. Sin olvidar que tampoco es posible evaluar en qué medida tenían conciencia de que deliberar y dar su opinión puntual les pudiera suponer asumir una responsabilidad asistencial compartida.

- Equipo coordinado que integra estamentos diferentes pero complementarios, como médicos y enfermeras. Se trata de una decisión asimilable a la de la sesión clínica con la diferencia de que en este equipo los diferentes componentes sí que van que tener que asumir algún tipo de función asistencial de acuerdo con su capacitación, en ocasiones de manera coordinada. Al igual que sucede en la sesión clínica, las decisiones son orientativas puesto que nadie puede comprometer su actividad por una decisión previa tomada antes de conocer la última situación del paciente y sin que este paciente haya participado en la toma de decisiones. Y, a la vez, por su interés y por el del paciente, lo lógico es que el profesional evite comportarse como “un verso suelto” y que procure mantener la línea de actuación global. Pero, en todo caso, cada uno de los profesionales debe entender que sigue siendo responsable de sus propios actos y que no los puede delegar en una “reunión” o en las “decisiones de un equipo”.
- Presencia de un cirujano en el quirófano diferente del que ha establecido una indicación quirúrgica. Cada uno se hace responsable de sus actos: uno de la virtud y adecuación de la indicación y el otro de la buena práctica de la intervención. Uno debería informar de en qué consiste la intervención, con sus riesgos y expectativas, y el otro debería informar de cómo se ha desarrollado y, a su vez, le correspondería

afrontar -personalmente y/o en equipo- el seguimiento del proceso y el tratamiento de las posibles complicaciones.

- Comités interdisciplinarios de tumores. En reuniones periódicas, los diferentes profesionales que participan en la atención del paciente oncológico -en general o de un perfil concreto- revisan y deliberan para intentar definir la mejor actitud terapéutica sobre los casos oncológicos que se presentan (Tabla 2). Las decisiones tanto sobre los casos concretos como sobre el circuito y la sistemática de trabajo (incluido el diseño de protocolos asistenciales) se proponen como vinculantes.
- Unidades multidisciplinares. Estas unidades trascienden el comité de tumores para integrar diferentes especialidades en una misma estructura asistencial centrada en una patología concreta, como puede ser un tipo específico de cáncer, en la que los diferentes profesionales participan físicamente de la atención, incluso con cercanía física entre ellos. Hay un proceso compartido -interactuado- de decisión terapéutica, de atención y de información presencial al paciente. Y en este proceso está integrada la trazabilidad y el seguimiento del proceso del paciente, muchas veces en manos de la enfermera gestora de casos. En este modelo se imbrican las responsabilidades clínicas con las de gestión del proceso⁵. Es evidente que cada profesional sigue siendo responsable de ejercer sus funciones específicas pero el responsable de la unidad y el gestor sanitario asumen la responsabilidad de disponer de los medios y de la funcionalidad, la dinámica y la eficacia del modelo no solo virtualmente sino en la práctica.
- Limitación externa marcada por el gestor. No se trata propiamente de una decisión clínica compartida sino de un proceso asistencial en que participan varios actores: clínicos y gestores. Puede suceder que el médico estime que debe facilitar un tratamiento al paciente pero que este tratamiento tenga algún tipo de limitación administrativa: falta de aprobación en esa indicación (por falta de evidencia o porque aún no se han cumplido los plazos administrativos) o falta de financiación dentro del sistema sanitario. Si el sistema no lo facilita por falta de evidencia o por motivos de equidad debe dejar constancia del motivo. En este caso el médico es responsable de avalar y argumentar su planteamiento inicial mientras que le

corresponde asumir la imposición del sistema que es el que se hace responsable de esta limitación asistencial.

¿Órgano colegiado o reunión de profesionales?

La titularidad de los órganos colegiados está confiada a un conjunto de personas físicas que se reúne para definir -por acuerdo o por mayoría- y expresar entre todas ellas lo que se debería considerar como el punto de vista o la voluntad de este órgano. Este modelo de trabajo colegial tiene su origen terminológico en la palabra latina “*collegium*” (*col-legium*: “en común o juntos, por ley”) que hacía referencia a asociaciones que compartían intereses comunes y que ganaban fuerza con la unión. En la actualidad este sistema colegial se dirige a la concurrencia de voluntades que tiene en cuenta y que integra -desde una perspectiva *horizontal* de igualdad entre ellos- los diferentes puntos de vista de los que componen este órgano. Es preciso que las deliberaciones y sus decisiones no se encuentren sometidas (ni influidas) por las instrucciones o las directrices o por cualquier clase de indicación de personas o instituciones bien con dependencia jerárquica orgánica o funcional o bien con una capacidad fáctica de presionar e imponer otros criterios. Para ello es preciso que a estos órganos colegiados -sobre todo los consultivos- se les garantice la autonomía necesaria en el ejercicio de sus funciones.

En más de una ocasión se plantea que la actuación interdisciplinar donde intervienen de manera formal profesionales y especialidades diferentes en la toma de decisiones y en la asunción de responsabilidades se constituye en una estructura colegiada. Sin embargo, en muchas ocasiones se olvida que el concepto de órgano colegiado reconocido como tal, con capacidad consultiva o ejecutiva, necesita un respaldo administrativo-legal. Esto supone que requiere una constitución formal, un reconocimiento oficial y, por llamarlas así, unas reglas del juego en cuanto a sus componentes y a la sistemática de trabajo, que es preciso cumplir de manera adecuada para que sus decisiones tengan la validez que se les supone. La mera interacción en un equipo, incluso aunque se adapten a unas normativas, no es suficiente para considerarlo como un órgano colegiado. Convocar una reunión de

personas bienintencionadas y con intereses comunes para llegar a acuerdos no es suficiente para constituir un órgano colegiado. Y tampoco lo es por el hecho de que se levante “un acta” las reuniones o se haga un resumen de los contenidos y de los acuerdos generales. Para constituirse como órgano colegiado es preciso tener capacidad representativa delegada y que haya un respaldo legal que lo avale.

En Medicina estamos acostumbrados a afrontar pacientes y a tomar decisiones, a veces difíciles, en primera persona: decisiones que pueden ser controvertidas y que pueden generar frustración de pacientes y familiares o que pueden ser revisadas y validadas por otros profesionales que emitan una segunda opinión. En este escenario, es normal que en situaciones más complejas se busque el consejo, la experiencia y el respaldo de más profesionales, algo que puede formalizarse en reuniones con un componente didáctico y/o asistencial que, en términos generales, se conocen como “sesiones clínicas”. Se trata de reuniones informales donde no hay miembros fijos, no hay nombramientos por perfiles, no se generan convocatorias oficiales y plazos “en tiempo y forma”, no se define cuál es el quorum, no se generan actas oficiales que sea necesario revisar y aprobar, no se tiene problema en decidir sobre cuestiones que exceden las propias capacitaciones y tampoco se define el tipo de acuerdo (consenso o mayoría) ni se registran votos particulares. El error está en considerar que estas sesiones -o cualquier otra interacción más o menos formal- que son eficaces por el perfil docente y por la ayuda y el respaldo que prestan en la actividad clínica, como un órgano capaz de tomar decisiones vinculantes tanto clínicas como administrativas.

En resumen, difícilmente se puede entender como decisión colegiada y de obligado cumplimiento la que toma un grupo de personas que no va a tener que afrontar el problema y que sencillamente orienta y apoya al que sí que asume toda la responsabilidad en el trato directo con el paciente y que lo hace a título personal no meramente representativo. En la práctica, tener trato con el paciente, conocer su actitud, conversar con él, conocer sus valores... deberían ser y, de hecho, son motivos suficientes para modular e incluso para cambiar el plan propuesto en una de estas reuniones porque precisamente no son una decisión cerrada ni un compromiso escrito en piedra. El plan se puede cambiar -y en ocasiones debe cambiarse- porque el profesional no es un mero representante de un colectivo, sino que tiene el derecho y

el deber de modular o cambiar las decisiones en función de las circunstancias. Y es consciente de que asume la responsabilidad de la decisión tanto si mantiene la propuesta del grupo como si la modifica.

El ejemplo de los comités interdisciplinarios de tumores

A pesar de que (casi) siempre es posible definir quién es el profesional que asume la función de médico responsable y que este médico suele ser el que informa e interactúa con el paciente y los familiares a lo largo del proceso, no es raro que detrás de él pueda haber un proceso interdisciplinar. Como ya se ha señalado, son muchas las posibilidades de procesos con decisiones compartidas. De entre ellas, el paradigma podría ser el comité de tumores⁶ (en inglés: *tumor board*) en que profesionales de perfiles diversos mantienen reuniones multidisciplinarias periódicas en que se plantean tanto casos particulares y se decide sobre ellos como se marcan pautas generales de manejo de patologías concretas⁷ (Tabla 2). Estos comités pueden expresar cuál es la actuación que consideran más prudente y en qué secuencia o en qué orden deberían aparecer y actuar o interactuar las diferentes especialidades -cirugía, oncología médica, oncología radioterápica...- con cada paciente o con diferentes tumores en estadios concretos⁸.

Para estos comités se planteaban de inicio tres funciones: el asesoramiento clínico al profesional en el manejo del caso (en lo que se refiere a las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas), la organización de los flujos de pacientes y la protocolización de patologías⁹. Sin embargo, con el tiempo se ha entrado en una situación en que resulta complicado distinguir la función consultiva y la ejecutiva. Estas reuniones deliberativas, sin respaldo legal o administrativo formal que dé validez *oficial* a sus decisiones, se entienden como procesos ejecutivos, es decir, como si sus decisiones fueran dictámenes de obligado cumplimiento por los profesionales que integran el comité (e incluso por aquellos que no lo integran). Detrás de esta interpretación no se apoya en un análisis serio del proceso ni del concepto el ético y legal de responsabilidad. Es cierto que el objetivo es bueno -la decisión compartida-, que los medios también lo son -la deliberación interdisciplinar- y que, cuando actúan de manera adecuada, estos

comités pueden mejorar los resultados de la actividad asistencial¹⁰. Sin embargo, esto no es suficiente para que estos comités alcancen el poder consultivo o ejecutivo que sí que se les reconoce a otras comisiones multidisciplinares de ámbito sanitario como los Comités de Ética Asistencial o los Comités Éticos de Investigación con medicamentos, que realmente que se constituyen conforme a decretos y normativas oficiales.

La referencia a estos comités de tumores permite plantear cuestiones que hacen referencia al componente ético de su trabajo y de sus decisiones, algo que raramente se definen en otros textos. Entre ellas se encuentra la de la confidencialidad en reuniones con numerosos profesionales, de distintos perfiles y especialidades, la mayoría de los cuales no participa directamente en la atención de cada paciente que se presenta. En estos casos el planteamiento es similar al de compartir información o permitir la entrada en la historia clínica a cualquier médico que participa en la atención. Cada uno de ellos puede acceder a lo que considere necesario para realizar su trabajo, pero mantiene compromiso de confidencialidad. A los gestores que han promovido y que respaldan la labor del comité les corresponde arbitrar los sistemas de información -digital en la actualidad- que permita a la vez la conectarse, compartir datos, deliberar y respetar la confidencialidad y el secreto médico³.

Y es también el caso de lo que sucede al definir quién debería ser responsable de aportar la información y, en concreto, de obtener el consentimiento informado en los procesos interdisciplinares. Esta responsabilidad se puede entender desde varios perfiles: una responsabilidad clínica-asistencial que conlleva el afrontamiento de la información y el seguimiento del paciente y de los familiares y cuidadores, una responsabilidad formal -ética- de los actos médicos y una responsabilidad legal (de perfil civil e incluso de perfil penal). Es conocido que solo en poco más de la mitad de los casos es el médico que atiende al paciente el que realiza la parte formal de obtener la firma en el documento de consentimiento informado¹¹. En los demás casos interviene un profesional diferente -la enfermera, otro miembro del equipo asistencial u otro médico que no corresponde al equipo- que es quien asume o al que se le impone esta tarea. No es de extrañar que en los procesos compartidos e interdisciplinares estas responsabilidades se entiendan como formalidades y tiendan a diluirse o, por desgracia, a delegarse en el más indefenso que no puede esquivarlas.

Y, como en las demás decisiones compartidas, el profesional que atiende en cada momento al paciente debe ser consciente de la propuesta compartida, pero debe actuar con responsabilidad para adaptarse al paciente y a sus circunstancias. Si es posible respetar la propuesta, su tendencia será a hacerlo. Pero si no es así, tiene el derecho y el deber de modificarla por el bien del paciente. Y en un caso y en el otro tiene el compromiso de asumir la responsabilidad de su decisión, sea cual sea.

Riesgos de las comisiones interdisciplinarias

Los comités multidisciplinares corren el riesgo de tomar decisiones que no son acertadas, decisiones que, en ocasiones, pueden no ser ni siquiera prudentes. El motivo habría que buscarlo no solo por la falibilidad de sus miembros sino también en los defectos en la sistemática del proceso o en la mala apreciación de sus objetivos. De hecho, un mal método puede ser suficiente por sí solo para tomar una mala decisión.

En todo tipo de grupos y de reuniones es fácil caer en un mal funcionalismo, entendido como una especie de culto a los organigramas, los sistemas y las estructuras que prescinde y vive al margen de la realidad y de la persona concreta. De hecho, no es extraño que los gestores sean en muchos casos los mayores defensores y promotores del valor y de la actividad de los comités y, a la vez, los menos conscientes de sus limitaciones. Estos gestores se limitan a valorar los comités como causa y efecto de la calidad asistencial¹ y, sin embargo, no tienen la experiencia de cómo se desarrollan sus reuniones y sus deliberaciones, no son conscientes de sus limitaciones y solo de manera excepcional han llevado a cabo o sencillamente han planteado una labor seria de auditoría del proceso y de los resultados.

Muchos de los defectos y de las limitaciones de la metodología de los comités de tumores se podrían extrapolar a otras situaciones clínicas de decisión compartida. Algunos de estos defectos de la sistemática de trabajo de los comités de tumores que pueden influir negativamente en el proceso y en los resultados -también en la asistencia a los pacientes- son los siguientes:

- Preparación inadecuada. Es frecuente que muchos de los asistentes a un comité solo conozcan los datos resumidos que se aportan de manera anticipada o en la propia reunión; raramente la institución para la que trabajan va a facilitar un tiempo para poder preparar las reuniones “robándolo” de la asistencia directa. De modo que la mayoría de los participantes -que, además, no han tenido trato directo previo con el paciente- solo conoce los datos que se les aportan en el momento. La información se suele centrar en resultados “objetivos” (histología, estadificación basada en estudios de imagen) con una valoración escasa de otros datos clínicos más generales pero relevantes como los antecedentes personales, la exploración física, los síntomas, la actitud o la información recibida. Un riesgo común es el de tener en cuenta tan solo la parte puramente oncológica sin acercarse a muchas otras cuestiones que también tienen importancia. Es decir, que el comité valore el cáncer, pero no al paciente¹². Sin contar con que es posible que se aporten estudios incompletos o dudas diagnósticas pendientes de resolver que prácticamente invalidan cualquier valoración.
- Compromiso incidental. La falta de un nombramiento *oficial* basado en criterios objetivos y la necesaria apertura de esas reuniones a la participación presencial de profesionales que pueden verse implicados en la atención de los pacientes y/o a los que ven en ellos una función docente hace que los asistentes puedan cambiar en cantidad, perfil y compromiso. Y que las decisiones tomadas puedan diluirse, también en lo referido a la responsabilidad asumida: ¿quién dijo qué?, ¿quién lo aceptó?, ¿quién se mostró crítico?, ¿qué alternativas se plantearon?...
- Falta de equilibrio entre sensibilidad y especificidad. Hay propuestas que entienden que la función de comité es hacer una revisión o una supervisión de toda la actividad asistencial reciente en un tipo de tumor. De este modo se pierde especificidad, se facilita la rutina y es más fácil que haya falta de atención y de interés. Sin contar con que esta sistemática parece cercenar la capacidad de gestión individual de los profesionales “sin supervisión” también en los casos rutinarios y sencillos: “¿si es necesario tener supervisión incluso en decisiones obvias, para qué diseñar guías y protocolos?”. También hay otros comités que limitan los casos presentados al interés de unos pocos miembros. Y se puede llegar a la situación

paradójica en que los casos más complejos y más comprometidos no se lleguen a presentar y se gestionen por vías paralelas porque “no pueden esperar hasta el comité” o bien que haya una selección excesiva de casos basada en intereses de quienes los atienden y no en la complejidad de la situación clínica.

- **Objetivos espurios o subliminares.** Puede suceder que en una reunión se ofrezca una información no falsa pero sí claramente sesgada en la medida en que resaltan unos datos y se les quita valor o se ocultan otros. O incluso se que se hagan referencias rápidas o se interpreten algunas referencias bibliográficas de una manera que haga imposible contrastar los datos aportados o las valoraciones en el curso de la reunión y la deliberación. El objetivo oculto puede ser tanto el de derivar la carga asistencial y las responsabilidades hacia otras especialidades como el de obtener un *cheque en blanco* (“el respaldo del comité”) en relación con las decisiones que se toman (o que se han tomado ya) sobre la atención de ciertos pacientes o de cierta patología en concreto.
- **Ficción de democracia.** El comité es una reunión donde hay contraste de pareceres -incluso tensiones- entre personas que participan y que de ordinario defienden su punto de vista como el de más valor. Se llegan a describir incluso diferencias en la actitud (activa, pasiva, vehemente...) entre las distintas especialidades, unas diferencias que pueden llevar a una situación de dominio de las discusiones y de influencia o de presión en la toma de decisiones¹³. Además, los que asisten a un comité tienen la posibilidad de decidir en cuestiones sobre las que tienen un conocimiento y una capacitación muy limitada. Aunque lo ideal sería que los acuerdos se alcanzasen por consenso o acuerdo, la ilusión de democracia (“un hombre, un voto”) puede llevar a que un patólogo que se muestre favorable o contrario influya en que se administre o no un esquema de quimioterapia o un cierto número de ciclos de tratamiento o a que un radiólogo participe en la decisión de si en este paciente debe realizarse una laparotomía o una laparoscopia.
- **Función totémica.** En más de una ocasión se plantean estas reuniones interdisciplinares como el *summum* del conocimiento en que no cabe el error. Esta aparente infalibilidad -fundamentada en la capacidad de cada asistente, en la

deliberación y en la multidisciplinariedad- puede ocultar muchas limitaciones y muchos errores y puede diluir responsabilidades en un grupo nebuloso -una especie de *caja negra*- al que es imposible que acceda o que se presente como interlocutor de un paciente concreto¹⁴. Porque, a diferencia de lo que sucede en las unidades multidisciplinarias, en casi todos estos comités falta la interacción real con el paciente en el proceso de toma de decisiones. En la práctica es un médico en concreto -que pudo estar presente o no en la deliberación sobre su caso- el que comunica al paciente una decisión impersonal en la que no participó y sobre la que ya no se puede discutir. Y cualquier intento de aclaraciones o de cambios que tengan en cuenta su escala de valores o que resuelvan sus dudas exigiría una nueva reunión del comité (con los retrasos correspondientes) que volvería a dejar fuera al paciente al que seguiría tratando como una tercera persona sin voz ni voto, a pesar de que sea el primer interesado y el primer beneficiado (o damnificado) por la decisión que se tome.

- El comité como un fin en sí mismo. En ciertos ambientes, los comités se plantean como un objetivo que hay que cumplir para que al gestor o a algún profesional se le reconozca un estándar de calidad asistencial. Sin que ello exija valorar la capacitación de los miembros, la calidad en sí de las reuniones o la repercusión sobre los pacientes. En estos casos los auténticos promotores de los comités no suelen ser los profesionales implicados en la atención de los pacientes sino los gestores sanitarios¹⁵.
- Asunción de funciones de tribunal evaluador. Los comités pueden sufrir la tentación de constituirse en tribunales evaluadores o en órganos que determinan cuál debe ser la labor de los profesionales que participan en el proceso asistencial. Con lo que asumen, de manera unilateral, la función de control de calidad de los que han intervenido previamente. Esta función evaluadora a veces trasluce una falta de estima y de respeto por los colegas y por su cualificación que se evidencia en un cambio de las indicaciones y de las decisiones previas o en unas recomendaciones de lo que deberían hacer los demás según los criterios que el comité define desde su posición de autoridad y “sabiduría”.

Estos excesos no son exclusivos de los comités de tumores y se pueden encontrar en cualquier reunión interdisciplinar, también en las que tienen reconocimiento administrativo de órgano colegiado. En todos estos órganos ellos puede haber una evaluación inadecuada de las cuestiones que se plantean por una información insuficiente o sesgada, el compromiso de los asistentes puede ser puramente incidental (“el problema que me interesa ahora”), se puede variar entre discusiones demasiado amplias o demasiado estrictas, puede haber participantes con objetivos particulares que trascienden lo puramente asistencial y que pueden influir en las decisiones generales, se puede dar un peso excesivo a la opinión de una “mayoría” sin la capacitación adecuada para opinar en temas concretos, se pueden ver a sí mismos como equipo, con sus reuniones y sus decisiones, como algo trascendentes y etéreo y que no admite réplica, se puede entender como un fin en sí mismo en que es más importante su existencia que sus resultados y, por último, la excesiva autoestima colectiva puede minimizar la función consultiva y de apoyo para asumir unilateralmente una actitud de revisión y evaluación de la actividad asistencial de otros colegas.

Es evidente que sería deseable que se hubiera implementado una sistemática de control de calidad para evaluar el perfil de los asistentes, la sistemática de trabajo, sus decisiones. A falta de medios me mayor calidad, también se podría emplear una piedra de toque más sencilla y más accesible que consiste en transformar virtualmente el paciente anónimo virtual en alguien cercano y real. Sería suficiente con preguntarse cuántos de los presentes en la reunión de un comité se sentirían satisfechos con la sistemática, el interés, la profundidad de los conocimientos y de la deliberación y - sobre todo- los resultados -las decisiones- si el caso que se ha valorado fuese el de un familiar cercano o alguien con quien pudieran tener un cierto compromiso.

Al igual que en las demás decisiones compartidas, es preciso tener en cuenta que la colaboración y la presencia de más colegas ni exime ni diluye la responsabilidad tanto si participan en un órgano colegiado reconocido como tal como si simplemente toman decisiones consensuadas tras una deliberación en grupo¹⁶. Y que, de manera

paradójica, cuanto mayor validez legal se dé al comité y más cerca se encuentre de lo que es un órgano colegiado, en vez de diluirse en el grupo lo que sucede es que cada miembro percibe que la responsabilidad que asume -personalmente y como colectivo- es mayor³.

¿Qué alternativas se pueden ofrecer?

Al igual que otros instrumentos que ayudan en la actividad asistencial, como los protocolos, los comités se han mostrado como instrumentos eficaces, pero -lo mismo que sucede con los protocolos y las guías asistenciales- sería un error entender que son una panacea o que son un fin en sí mismos⁷. El comité cumple unos objetivos elementales en lo que es el apoyo en la toma de decisiones clínicas -diagnósticas y terapéuticas- y en el facilitar un foro de cercanía y de confianza entre profesionales con capacitación y mentalidad diferentes y que trabajan en lugares físicos alejados. La cercanía, el conocimiento y el trato favorecen y hacen más fluida la interacción entre profesionales en procesos clínicos y eso repercute de ordinario de manera positiva en la calidad de la atención¹⁰. Pero si no se tiene conciencia de sus limitaciones es fácil caer una aparente idolatría del comité como paradigma de excelencia asistencial.

Es evidente que resulta positivo que haya interacción entre los profesionales, que haya comunicación y cercanía, que los casos, sobre todo los más complejos, se compartan y que se tomen decisiones que generen un cierto vínculo entre los presentes. Y es positivo también que se supere la informalidad de modo que esta interacción no sea algo puramente incidental y que se adapte a unas ciertas normas. Aunque es cierto que los acuerdos están para cumplirlos-*pacta sunt servanda*-, la rigidez excesiva que se observa cuando se pretende asimilar las decisiones con normas de obligado cumplimiento puede resultar en muchos casos contraproducente para los profesionales (que pierden flexibilidad y capacidad de adaptación a las circunstancias) y, sobre todo, para el paciente que es el primer interesado en conseguir los mejores resultados¹⁵.

Evitar o minimizar las reuniones y las interacciones entre profesionales no solo sería un error muy grave, sino que se trataría de algo inconcebible, contrario a la práctica habitual y prácticamente imposible. Pero sí que es importante insistir en que no se

pierda el perfil humano, de cercanía, de cierta informalidad que facilita la interacción, que se entienda que no es un modo de derivar responsabilidades sino de mostrar cercanía y de ayudar tanto al paciente como a los compañeros². Que las reuniones se conviertan en un medio amigable de deliberación y de confianza, que acerque física y emocionalmente a los participantes para que no sean unos desconocidos que traban en un mismo edificio. Que permitan marcar pautas que no supongan un corsé o un vínculo legal sino un compromiso de interés y de buena práctica entre todos los profesionales que intervienen. Que no sea un lugar para delegar responsabilidades sino para orientar y apoyar decisiones que implican a varios profesionales y que van a ser cruciales en la evolución del paciente.

Conclusión

En una Medicina que tiende a una mayor especialización, las situaciones asistenciales de decisión clínica compartida en que son varios los profesionales que participan en la atención al paciente son cada vez más frecuentes. Aunque estas situaciones se dan en circunstancias muy diversas, los comités de tumores se podrían tomar como un paradigma de lo que es un proceso interdisciplinar en la toma de decisiones. Para entender su función es preciso recordar que no toda reunión de profesionales puede considerarse que es un órgano colegiado con capacidad expresa consultiva o ejecutiva y que no toda decisión consensuada por un grupo de profesionales compromete la actividad o puede considerarse de obligado cumplimiento para los que han participado en la decisión y mucho menos para los demás. Sin contar con que la sistemática de toma de decisiones en estas reuniones deliberativas está sujeta a sesgos que pueden reducir sensiblemente la calidad y la aplicabilidad de estas decisiones.

Los grupos deliberativos bien entendidos son un instrumento útil que pueden ayudar a mejorar la asistencia de los pacientes. Sin embargo, sus orientaciones no eximen a cada uno de sus miembros de la obligación del compromiso de implicarse en la atención del paciente que lo requiera ni de la responsabilidad que les corresponde en la toma de decisiones compartidas.

Responsabilidad y buena práctica en las situaciones asistenciales de decisión clínica compartida.

Álvaro Sanz Rubiales, María Luisa del Valle Rivero

Tabla 1. Situaciones de la práctica habitual que pueden llevar a una situación de decisión compartida.

Dos profesionales de especialidades diferentes que afrontan directamente un mismo paciente desde perspectivas complementarias.
Médico responsable que debe asumir la imposición de un superior.
Sugerencias aportadas por los colegas tras discusión o deliberación abierta en una reunión específica (sesión clínica).
Atención incidental de un paciente que está en seguimiento por otro médico.
Cirujano en el quirófano diferente del que ha establecido una indicación quirúrgica.
Toma de decisiones supervisada de un médico en formación (residente).
Equipo coordinado constituido por estamentos diferentes, como médicos y enfermeras.
Comité interdisciplinar de tumores que asume decisiones interdisciplinares aparentemente vinculantes.
Unidades multidisciplinares.
Limitación externa marcada por el gestor.

Tabla 2. Características principales del comité de tumores⁵.

El objetivo principal es garantizar la mejor opción terapéutica.
El grado de especialización en tumores específicos depende del volumen de casos.
La actuación sobre el circuito asistencial se limita a los que participan en el comité.
La toma de decisiones debe estar basada en guías o protocolos específicos.
Se recomienda definir funciones de presidencia, para dinamizar la deliberación y la toma de decisiones, y de secretaría, para formalizar estas decisiones.
La interacción entre el equipo y el paciente puede darse fuera de la sesión.
Puede incluir personal administrativo y una enfermera gestora de casos.

Referencias

- 1 Prades J, Borràs JM. Multidisciplinary cancer care in Spain, or when the function creates the organ: qualitative interview study. *BMC Public Health*. 2011; 11: 141.
- 2 Evans AC, Zorbas HM, Keaney MA, Sidhom MA, Goodwin HE, Peterson JC. Medicolegal implications of a multidisciplinary approach to cancer care: consensus recommendations from a national workshop. *Med J Aust*. 2008; 188: 401-4.
- 3 Karas PL, Rankin NM, Stone E. Medicolegal considerations in multidisciplinary cancer care. *JTO Clin Res Rep*. 2020; 1(4): 1-6.
- 4 O'Leary, KJ., MS, Sehgal, NL., Terrell, G., Williams, MV. «Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement». *J Hosp Med*. 2012; 7: 48-54.
- 5 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.
- 6 Gross GE. The role of the tumor board in a community hospital. *Cancer Bull*. 1986; 38: 176-8.
- 7 Specchia ML, Frisicale EM, Carini E, Di Pilla A, Cappa D, Barbara Andrea, et al. The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20: 73.
- 8 Majem M, Hernández-Hernández J, Hernando-Trancho F, Rodríguez de Dios N, Sotoca A, Trujillo-Reyes JC, et al. Multidisciplinary consensus statement on the clinical management of patients with stage III non-small cell lung cancer. *Clin Transl Oncol*. 2020; 22: 21-36.

- 9 Jara Sánchez C, Cámara Vicario JC. Comité de tumores. En: Sociedad Española de Oncología Médica. Primer libro Blanco de la Oncología Médica en España. Dossier 2006. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2007. 355-67.
- 10 Basta YL, Bolle S, Fockens P, Tytgat KM. The value of multidisciplinary team meetings for patients with gastrointestinal malignancies: a systematic review. *Ann Surg Oncol*. 2017; 24: 2669-78.
- 11 Rodríguez Piñero JE, Tabernero Duque MJ, Rodríguez Calvo MS. Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España). *Cuad Bioet*. 2018; 29: 69-79.
- 12 Tannock IF. Treating the patient, not just the cancer. *N Engl J Med*. 1987; 317: 1534-5.
- 13 Mulcahy N. Surgeons often warp tumor boards, says study. Medical hierarchy influences treatment. *Medscape Oncology* [Internet]. [Accedido: 03-09-2021]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/929119>
- 14 Richards T. The responses to the “cancer drugs scandal” must fully involve patients — an essay by Tessa Richards. *BMJ*. 2017; 359: j4956
- 15 Prades J, Borràs JM. Debemos eliminar al taxista del comité de tumores. *Rev Calid Asist*. 2012; 27: 117-22.
- 16 Sanz Rubiales A. Cosas que he aprendido. Y muchas no están en los libros. Madrid: La Hojarasca; 2020.