

La trampa de la gestión en medicina. Introducción a una discusión necesaria

D.O. Rodenstein

Service de Pneumologie. Cliniques Universitaires Saint-Luc. Université Catholique de Louvain. Bruselas. Bélgica.

Entre las muchas y variadas características de la personalidad del médico figuran dos que son como las dos caras de una moneda. Son insolubles, y no se puede tener la una sin la otra. Me refiero al deseo de curar por un lado, y al deseo de dominación por el otro. El deseo de curar está (o debiera estar) en la base del deseo de ejercer la medicina; es una motivación altruista poderosa y benéfica. En contrapartida de la promesa de curación, el médico espera del enfermo gratitud y estima, tal vez antes y más aún que la retribución monetaria por su trabajo. Por medio de esa gratitud y estima, el enfermo coloca al médico en una situación de superioridad, y reconoce así que el médico es quien tiene el poder de cambiar el curso de la enfermedad, evitar su persistencia, su agravación y tal vez la muerte. En cierto modo, el enfermo reconoce el poder y el dominio que sobre él tiene el médico. Los médicos han sido siempre conscientes del poder que ejercen, al menos en tanto que poder de dañar, al punto de moderarlo en uno de los más importantes aforismos médicos: *primum non nocere*. El enfermo, que reconoce y hasta cierto punto consagra el poder del médico, reacciona ante este poder con una mezcla de sumisión y desconfianza (lo que constituye una reacción general ante todo poder). La desconfianza ante el médico tiene testimonios literarios en muchas lenguas y culturas, de Luis de Góngora a Frankenstein, pasando por Molière.

La relación entre médico y paciente ha sido tradicionalmente una relación entre dos personas. Por parte del enfermo, la relación podía estar basada en la confianza, o en el pavor. Por parte del médico, en el altruismo o en el afán de poder. Independientemente de las motivaciones más o menos conscientes, la relación era entre dos. Uno de los símbolos míticos de esta relación entre dos es la noción de secreto médico, que se encuentra explícitamente en todos los textos sagrados de la historia médica occidental: un secreto compartido entre dos y sólo dos personas; aquella que posee el secreto, y aquella a quien ésta lo confía^{1,2}.

El dinero también ha formado parte desde siempre de esta relación entre dos, como elemento material del intercambio entre médico y enfermo. Por el lado del enfermo, su fortuna podía determinar la calidad, el renombre o la experiencia del médico consultado. Por el lado del médico, el pago reclamado (el honorario, o tributo debido a aquel a quien se debe honrar) debía ajustarse no sólo al servicio rendido, sino también a la capacidad económica del enfermo, que el médico debía apreciar con prudencia y honestidad. Los textos sagrados ya mencionados son explícitos en recordar al médico que su arte debe ponerse al servicio del enfermo, rico o pobre, amo o esclavo (pero el hecho que hubiera que recordar este principio básico puede interpretarse como evidencia de su falta de aplicación). De todas maneras, el honorario sella materialmente la relación enfermo-médico.

De estos principios básicos de la relación médico-enfermo poco queda hoy día. La transformación se está produciendo aceleradamente, hoy mismo, delante nuestro, y no es nada seguro que el resultado vaya a ser mejor que la situación actual. Este esquema interpersonal, con sus motivaciones y reglas particulares, comenzó a resquebrajarse por los avances tecnológicos de la medicina, y ahora está siendo despedazado por los vientos huracanados de la macroeconomía.

Los avances tecnológicos distorsionaron la relación "de a dos" enfermo-médico, introduciendo en ella una multitud de terceras personas. Un paciente con cáncer de pulmón será visto por un médico y, además, por dos o tres técnicos radiólogos, uno o dos técnicos de medicina nuclear, una o dos enfermeras endoscopistas, un técnico de espirometría, un cierto número de enfermeras de planta,... Todo esto sólo para terminar un proceso de diagnóstico y estadiaje. Ya ni hablemos del tratamiento. La noción de secreto médico se esfuma rápidamente cuando hay tantas personas involucradas. Y hay que hacer muchos esfuerzos, en tales condiciones, para mantener la noción de la relación interpersonal.

La aparición (bienvenida evidentemente) de los sistemas sociales de protección y seguro de salud en Europa occidental constituyeron un enorme avance en la medicina, pues permitieron que cualquier individuo pudiera tener acceso a cuidados médicos de la mejor calidad disponible sin importar su fortuna personal o su situación social. Al mismo tiempo, introdujeron la noción

Correspondencia: Prof. D.O. Rodenstein.
Service de Pneumologie. Cliniques Universitaires Saint-Luc.
Av. Hippocrate, 10.1200 Bruxelles. Belgique.
Correo electrónico: rodenstein@pneu.ucl.ac.be

Recibido: 18-5-99; aceptado para su publicación: 1-6-99.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 544-549)

macroeconómica de presupuesto de salud en lo que habían sido hasta ese momento una multitud de pequeñas y simples transacciones microeconómicas de poca monta. La aparición del concepto de presupuesto se acompaña naturalmente de la aparición de las personas que gestionan y administran dicho presupuesto, los gestores de salud. Aunque organizados de manera dispar de un país a otro, todos los sistemas de seguro social funcionaron en Europa con una base solidaria (todos pagan para cubrir los gastos de algunos), y permitieron ofrecer servicios médicos a la casi totalidad de la población. En los últimos 25 años, estos sistemas permitieron la revaluación tecnológica que hemos conocido, desde la incorporación masiva de los nuevos instrumentos de radiología e imágenes hasta la diseminación de tratamientos de tecnología avanzada. En el tema que nos interesa en este texto, el sistema de seguro social implica un efecto no deseado pero inevitable: en la relación interpersonal entre el enfermo y el médico aparece una tercera persona, que es quien paga el honorario. Quien honora (quien honra) ya no es el enfermo, sino un ente impersonal y abstracto, el “seguro”, con lo que se distorsiona la relación simbólica tradicional representada por el honorario médico. El médico ya ni siquiera puede decidir no cobrar por sus servicios a un paciente de bajos recursos económicos (con lo que el “pago” en gratitud y estima se devalúa paralelamente)

En la medida en que el pagador final de estos servicios médicos es un organismo estatal o paraestatal, los presupuestos globales (ya no micro sino macroeconómicos) fueron mejor evaluados por los gestores de estos organismos. El poder político autorizó sucesivamente los incrementos de presupuesto necesarios para incorporar los avances tecnológicos, y asegurar la difusión de los beneficios a todas las zonas geográficas de cada país. Independientemente de la riqueza de cada país, la mayoría alcanzó un grado similar de avance en la salud pública y en la evolución de los indicadores de salud. Así, por ejemplo, la mortalidad infantil ha decaído entre 1960 y 1996 de alrededor de 25 por 1.000 nacimientos a alrededor de 6 por 1.000 nacimientos en los países de la Unión Europea (las cifras para España son 43,7 y 5,0, respectivamente). La esperanza de vida aumentó en el mismo lapso de poco menos de 70 (69,9 para España) a poco menos de 80 años (76,8 para España). Estas mejoras se consiguieron con aumentos muy modestos del gasto, considerado en porcentaje del producto bruto interno de cada país. En la Unión Europea, el gasto total en salud pasó de alrededor de 4% del PBI en 1960 a alrededor del 8% del PBI en 1997. Las cifras para España son del 1,5 en 1960, 3,7 en 1970, 5,6 en 1980, 6,9 en 1990 y 7,4 en 1997, respectivamente. Estos datos están tomados de la publicación Eco-salud 98 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico³.

La situación no es la misma en la economía dominante de este fin de siglo. En los Estados Unidos, alrededor del 20% de la población carece de todo seguro de salud. Además, el gasto público representa menos del 50% del total (contra alrededor del 80% en los países de la Unión Europea), lo que significa que la mayor parte

del gasto viene directamente del enfermo, sin participación solidaria. Por si esto fuera poco, el nivel de gasto es exorbitante comparado con el modesto 8% antes señalado: en 1960 el gasto en salud representaba el 5,2% del PBI, y en 1997 esta cifra subió al 14% del PBI. Y pese a este nivel enorme de gasto, los resultados no son los de esperar. La mortalidad infantil, que era menor a la europea en 1960 (26 por 100.000) bajó a niveles mayores a los europeos en 1996 (7,8 por 100.000). La esperanza de vida es apenas similar a la europea³. Como una buena parte de las suscripciones a los seguros de salud de los empleados y obreros norteamericanos proviene de los empleadores, el nivel de aumento del gasto comenzó a pesar en los resultados financieros de las empresas. Los círculos empresarios influyentes (cámaras de comercio, grandes empresas, uniones industriales) comenzaron a reclamar una reforma que disminuyera drásticamente el coste de la salud^{4,5}. Esta posición parece totalmente lógica y justificada, habida cuenta del exceso de gasto, y de los pobres resultados del sistema, comparados con países de nivel de vida similar (los norteamericanos pueden fácilmente compararse con Canadá, que tiene un sistema de salud de tipo europeo occidental).

Y aquí interviene lo que aparece como una deriva esquizofrénica: el discurso sobre el coste excesivo de la salud, y sobre la necesidad de reducirlo rápidamente (discurso, repitémoslo, justificado en el contexto norteamericano), se extendió a los círculos económicos internacionales, independientemente del contexto específico de cada país. Nos enfrentamos así a un discurso desconectado de la realidad, a un discurso “de principios”. En todos los países de Europa occidental, en los organismos internacionales de crédito (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial) y de análisis económico (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) la reducción del coste de la salud forma parte del discurso oficial automático, curiosamente desligado de un análisis objetivo de la eficiencia comparativa de cada situación particular. Es como si se hubiera decidido que las prioridades han cambiado, que es necesario liberar recursos financieros del sistema de salud para dedicarlos a otros sectores, sin tener en cuenta si dichos recursos están bien o mal invertidos, si su existencia se justifica o no, ni qué consecuencias tendrá la reducción. Es así que las políticas de contención y reducción del coste de salud forman parte hoy día de la actitud cotidiana de todos los gobiernos, tanto de aquellos cuyo gasto en salud es del 6,8% del PBI (como Luxemburgo) como de otros cuyo gasto es del 7,4% (España), 7,8% (Bélgica), 9,8% (Francia) o 10,5% (Alemania). Repitémoslo, ésta es una actitud global, “de principio”, de tipo *a priori*, y no deriva de un análisis racional de la situación particular de cada sistema⁶.

Veamos ahora cuáles son los mecanismos propuestos para ejercer concretamente este control del gasto. No me referiré a mecanismos estrictamente financieros o contables (tales como la noción de presupuesto global, o de restricción del acceso a determinados tratamientos), sino a la metodología que tiende a *desplazar al médico de toda participación en las decisiones de polí-*

tica médica. Sin pretender ser exhaustivo, se pueden citar el "efecto cuestionario (o efecto calidad de vida)", el "efecto *randomised trials*", el "efecto coste-beneficio", el "efecto tendencia hacia la media", el "efecto enfermera de referencia", completados por el "efecto aunque no estemos seguros", que pasaremos a ver en cierto detalle. Cabe aclarar que lo que sigue es una visión muy personal de una situación cambiante y muy dinámica.

El efecto "cuestionario" puede definirse como la intención de dar una apariencia de objetividad cuantificable a los síntomas referidos por el paciente. El objetivo no es clínico, sino epidemiológico (poder comparar grupos de individuos), e, intencionalmente o no, escamotea la figura del médico. En lugar de un individuo (el médico) que, con mayor o menor grado de empatía, intenta saber cómo se siente otro individuo (el paciente) con preguntas como "¿qué tal se siente hoy?", "¿le ha disminuido el dolor?", "¿cómo anda del ahogo cuando sube las escaleras?" nos encontramos con un individuo (el paciente) ennegreciendo cuadraditos en una hoja de papel, o atribuyendo números a sus sensaciones. Las preguntas son formuladas objetivamente por escrito, y en el caso en que deban ser leídas por una tercera persona, deberán serlo con voz monótona y estudiada para no influir en las respuestas. Existen cuestionarios globales, destinados a descubrir el grado de felicidad de un individuo; cuestionarios específicos para saber cómo influye una enfermedad (o un síntoma) en la salud, o en las actividades diarias, o en la felicidad general. Existen, asimismo, cuestionarios para evaluar los resultados de un cambio (sea por un tratamiento, o espontáneo). Además, existen cuestionarios para saber no sólo cómo se siente el enfermo, sino qué valor le atribuye éste a la pérdida de vitalidad (o de felicidad, o de posibilidad de limpiar su casa). Y, claro está, qué valor le atribuiría (o cuánto estaría dispuesto a pagar) por la recuperación virtual de un estado ideal de salud (o de reducción de la enfermedad, o del síntoma). Todos estos cuestionarios deben ser diseñados científicamente usando muestras adecuadas de pacientes con determinada patología, validados en muestras independientes, estratificados en muestras con niveles específicos de gravedad, traducidos a otras lenguas teniendo en cuenta las especificidades culturales y sociológicas y recurriendo como control a la retraducción al original. La reproducibilidad debe ser conocida, y todos los cuestionarios deben incluir preguntas duplicadas, en forma explícita y/o escondida, para evaluar la fiabilidad de los resultados⁷. Todo esto no merecería crítica alguna, a no ser porque existe la tendencia a aplicar estas metodologías a la clínica, no a la epidemiología clínica, y porque existe la tendencia a creer que porque los síntomas son "cuantificados" (es decir, puestos en cifras) son más objetivos, más serios, más "presentables". Con lo que se crea el riesgo de la situación absurda siguiente: que la frase escrita de mano del médico "fulano está mejor" tenga menor valor que la frase siguiente escrita de mano de la enfermera: "fulano subió 2 puntos en la dimensión emocional, y 1 en la física. No hubo cambios en la dimensión afectiva". El ridículo llega al colmo en las evaluaciones terapéuticas. Es así que podría decidirse un día no lejano que tal

tratamiento es mejor que tal otro (y por lo tanto el segundo no puede ya aplicarse) porque mientras que el primero permite una ganancia de 4 puntos en el cuestionario de calidad de vida, el segundo sólo permite una ganancia de 3 puntos. Con lo que se aplicarán conclusiones epidemiológicas a casos individuales. Este peligro no es imaginario, sino bien real. Hoy día, como lo saben todas las empresas farmacéuticas, se hace casi imposible obtener la autorización para un nuevo fármaco si no se ha procedido, además de demostrar que el fármaco es activo biológica y fisiológicamente, a demostrar qué ganancia ofrece en calidad de vida con respecto a los fármacos existentes. Lo que lleva a seudostudios en los que se trata de encontrar la quinta pata al gato, a usar métodos estadísticos cada vez más sofisticados y difíciles de entender, para llegar a conclusiones favorables. Ya no se trata de demostrar que el producto X es efectivo en tal y cuál medida en el asma, sino de demostrar que es un 2,5% mejor que el producto Y del laboratorio situado en la vereda de enfrente. Un excelente ejemplo de esto puede verse en el artículo (realizado con el apoyo financiero de la firma productora de uno de los fármacos administrados en el estudio) "Oral Montelukast, Inhaled Beclomethasone, and Placebo for chronic asthma", cuyos autores son K. Malmstrom, G. Rodríguez-Gómez, J. Guerra, C. Villaran, A. Piñeiro, L. X. Wei, B. C. Seidenberg y T. F. Reiss, publicado en *Annals of Internal Medicine*, en 1999, volumen 130, páginas 487-495 (artículo que me servirá de ejemplo en varios párrafos de este texto y al que me referiré como "artículo-ejemplo"). Vale la pena leer la sección "Measurements", párrafos 2 y 3. Pero recordemos que, desde mi punto de vista, lo esencial es la noción que el médico es incapaz de evaluar correctamente el estado de su enfermo, y que hay que corregir su evaluación, demasiado empática y subjetiva, por otra objetiva, distante y fría.

Los ensayos clínicos, ya sea de métodos diagnósticos (p. ej., qué hacer con una sospecha de embolia pulmonar en un paciente sin o con factores de riesgo), de tratamientos (p. ej., el uso de inhibidores de leucotrienos en el asma) o de actitudes clínicas (p. ej., cada cuánto debe un paciente hipertenso controlarse la tensión arterial para garantizar el mejor resultado) deben responder a los últimos criterios de la moda, es decir, deben ser controlados por placebo, a doble ciego, aleatorizados, y cruzados⁸. Los elementos a evaluar deben ser fijados de antemano; el número de participantes debe ser calculado exactamente para evitar errores estadísticos de tipo beta o alfa (quienquiera comprenda una sola línea de la sección "Statistical Analysis" del "artículo-ejemplo" merecería recibir la medalla "Field" de la Asociación Matemática Americana); todos los participantes deben aceptar libremente la participación en el estudio, luego de haber sido informados de manera completa, exhaustiva y detallada de acuerdo a un protocolo aprobado por una comisión de ética oficialmente reconocida por las autoridades⁹. Nada habría de criticable en estos elementos, a no ser porque en la realidad de todos los días reina una gran dosis de hipocresía en torno a estos elementos. La mayoría de los folletos de información y libre

consentimiento están escritos en un lenguaje que un especialista avezado apenas comprende, y dan un exceso de información que frisa el absurdo para la gran mayoría de los ciudadanos que sufren de alguna enfermedad^{10,11}. El respeto (aunque más no fuera de forma) de estas normas introduce costes enormes, que, en el caso de ensayos terapéuticos, se verán reflejados en el precio final del nuevo producto. Además, en la mayoría de las ocasiones, este nivel de exigencia científica aparece desmesurado en relación al valor intrínseco del producto o de la actitud diagnóstica o clínica que se está evaluando. Por último, pareciera que el no respetar estas normas quita toda validez a la observación de los hechos por parte del médico, y una vez más reduce el papel del mismo al de un individuo indigno de fe, del que conviene desconfiar. El tratamiento de pacientes afectados por un síndrome de apneas del sueño por presión positiva continua por vía nasal durante el sueño es un buen ejemplo de este efecto “*randomised trials*”. Para cualquiera que haya utilizado este tratamiento en pacientes, los cambios fisiológicos y clínicos son tan tajantes y concordantes que no queda mucho lugar para la duda en cuanto a su valor clínico. Sin embargo, Wright señaló que tal tratamiento carecía de valor, puesto que nadie había demostrado su valor de acuerdo a los últimos criterios de la moda¹². A partir de ese momento, varios centenares de pacientes han sido incluidos en estudios controlados por placebo, doble ciego, cruzados, y repartidos al azar. Como cualquier clínico podía esperar, los primeros resultados señalan que el tratamiento activo es mejor que el placebo, que existe un efecto placebo, y que los pacientes suelen preferir el tratamiento activo al placebo. Una dosis enorme de esfuerzo, ingenio y tenacidad está siendo necesaria para demostrar que, como ya lo sabíamos, el tratamiento por presión positiva continua por vía nasal es útil en pacientes con síndrome de apneas del sueño. Un número elevado de pacientes han tenido que privarse temporalmente de un tratamiento eficaz, y someterse a un tratamiento placebo ineficaz, para contentar a Wright, que sólo cree en los ensayos doble ciego controlados, etc. Porque los pagadores creen en Wright. Ciegamente. Para volver al “artículo-ejemplo”, la lectura de la sección “Protocol” es una demostración sin par de lenguaje opaco e incomprensible. Además, en este estudio 237 (sí, ¡doscientos treinta y siete!) pacientes con asma fueron tratados con un placebo durante 3 meses. ¿Puede justificarse hoy día privar de tratamiento a 237 pacientes con asma? Los muchos y muy diversos comités de ética dijeron que sí.

Veamos ahora el efecto “coste-beneficio”. El paso a la macroeconomía y la centralización de los organismos de pago ha llevado naturalmente a emplear la lógica macroeconómica a los flujos financieros relacionados con la salud. Por ende, a tratar de maximizar los beneficios, minimizar los costes y aumentar la eficiencia económica del sistema. El hecho que definir los términos beneficios, costes, o eficiencia sea algo más complejo cuando se trata de salud que cuando se trata de productos industriales (o incluso financieros) no ha sido obstáculo para la extensión de dichas nociones al campo de la salud. El administrador quiere saber qué está com-

prando, es decir, qué se le está vendiendo por su dinero, y si puede obtener el mismo “producto” por un precio menor, o si un precio bastante menor permitiría obtener un producto de calidad un poquito menor, pero aún aceptable, y en qué punto la baja de calidad produciría una disminución de rentabilidad, o de qué manera por el mismo precio se puede obtener un producto mejor, aumentando así la rentabilidad de la inversión. Así, por ejemplo, se podría saber si la diferencia de precio global entre una dilatación coronaria percutánea y una revascularización quirúrgica de miocardio se justifica en términos de las diferencias obtenidas en calidad de vida (evaluada por los cuestionarios ya mencionados), ajustadas al número de años de vida restante de la población estudiada. No es lo mismo obtener una mejoría de 4 puntos en calidad de vida cuando sólo quedan 4 años de vida, que cuando se puede aprovechar esa mejora durante 12 años: el coste por año será el triple, puesto que se deberá amortizar en un tiempo menor. Y ni hablemos si la mejora es de 2 puntos con 4 años de vida residual, comparado con una mejora de 4 puntos con 12 años de vida residual: ¡el coste por punto y por año será 6 veces mayor! Una diferencia del 600%, o como se dice hoy día, ¡un *odds ratio* de 6! De la misma manera, se puede hacer una encuesta para saber si el valor monetario imaginario atribuido por un grupo de pacientes potenciales (pero personas sanas actualmente) a determinado tratamiento que ofrece la posibilidad de mejorar en un 42% los síntomas de una enfermedad, si dicho valor pues es superior o inferior al precio real de dicho tratamiento actualmente. Así se podrían favorecer los tratamientos cuyo coste real es menor al valor monetario que los potenciales beneficiarios le atribuirían, y desfavorecer o suprimir aquellos cuyo coste real excede el valor que la gente estaría dispuesta a pagar por el beneficio prometido. Otro ejemplo está dado por el cálculo que permite determinar cuántas vidas pueden ser salvadas aplicando determinada estrategia diagnóstica con respecto a otra que tenga distintos niveles de sensibilidad y especificidad. A partir de este dato, y conociendo el coste de las dos estrategias, se puede calcular el coste por vida suplementaria salvada, que nuevamente puede ajustarse a la vida residual, para conocer el coste por año suplementario de vida suplementaria salvada, que, a su vez, debe ajustarse con respecto a la desvalorización esperada del dinero (puesto que el gasto se hará en un momento dado y el beneficio será obtenido durante los años ulteriores). Esto se consigue aplicando una determinada tasa de descuento. Y a partir de estos datos podría decidirse que usando determinada estrategia diagnóstica cara (p. ej., para una sospecha de embolia pulmonar) se salvarán 10 vidas más por 100.000 sospechas que usando la estrategia alternativa barata, pero que el coste por año de vida suplementaria es demasiado elevado, y por lo tanto que se seguirá aplicando la estrategia alternativa barata. Usando el concepto de número mínimo necesario, que se está poniendo de moda¹³, se podrá decir en este ejemplo que será necesario evaluar con la nueva estrategia cara 10.000 personas con sospecha de embolia pulmonar para salvar una vida más que con la antigua estrategia barata. Y que por lo

tanto, y habida cuenta de la diferencia de coste...

El efecto "tendencia hacia la media" consiste en la aplicación de los resultados de estudios científicos de metodología correcta a individuos enfermos. Es la suposición que se puede extrapolar de la epidemiología clínica al individuo aislado. Y que lo que es válido en un caso lo será en el otro. Es decir, que el individuo enfermo del que uno debe ocuparse obtendrá los mismos resultados ante determinada actitud médica que el promedio de los enfermos que participaron en los ensayos clínicos en los que uno se basa para decidir justamente qué actitud médica adoptar. Hay gente que piensa que la mayoría de los enfermos individuales reales son bastante diferentes de los pacientes que participan en ensayos clínicos¹³. Y cualquiera que haya participado en ensayos clínicos "serios" sabe cuán difícil es incorporar pacientes a esos ensayos, y cuántos pacientes hay que descartar (por innumerables motivos, desde el vivir lejos al tener enfermedades concomitantes, prohibidas en el protocolo) por cada paciente incorporado al estudio (en el "artículo-ejemplo, 2.253 pacientes fueron consultados, y sólo 895 fueron incluidos). Lo que en efecto lleva a pensar que las poblaciones de los ensayos clínicos no son necesariamente las mejores representantes del paciente individual del que debemos ocuparnos. Y que por lo tanto las extrapolaciones de un ensayo clínico a un enfermo individual no pueden ser simples y directas. Esto no sólo se aplica a los efectos benéficos esperados, sino también (y tal vez sobre todo) a los efectos adversos, que suelen ser mucho más frecuentes en la vida real que en los ensayos clínicos¹³. ¿Y cómo le explica uno a un hemipléjico por hemorragia cerebral que los anticoagulantes eran necesarios puesto que los ensayos clínicos doble ciego controlados, etc., han demostrado que es mejor recetarlos que no recetarlos con un riesgo relativo de 1,6, intervalos de confianza de 1,1-2,2?

El efecto "enfermera de referencia" se refiere al hecho que en muchas patologías crónicas en que el seguimiento es uno de los puntos claves del éxito terapéutico, una consulta de enfermería realizada por un/a enfermero/a especializado/a obtiene resultados iguales o mejores que un seguimiento hecho por un/a médico/a. Hay ejemplos de esto/a en el/la hipertensión arterial, el/la fallo/a cardíaco/a (para hablar en "políticamente correcto"), las apneas del sueño, la diabetes, entre otros. La ventaja más evidente es que una hora de enfermera cuesta mucho menos que una hora de médico. La desventaja, que el médico puede llegar a perder una buena parte de su relación con el enfermo, que en parte es uno de los motivos que llevó al médico a estudiar medicina. En otras palabras, la "enfermera de referencia" y los cuestionarios se interponen una vez más entre el médico y el enfermo, y alejan al médico del enfermo. Con lo que existe el riesgo de transformar poco a poco el papel del médico, que de interlocutor privilegiado del enfermo se transformará en un director de un equipo médico, formado por 4 o 5 enfermeras de referencia en diversas patologías, cada una con su cuestionario, y una enfermera de referencia general, preparada con un cuestionario de cribado que orientará al paciente hacia una de sus colegas de referencia. Una vez completadas, las planillas se-

rán visadas por el médico, que aprobará el diagnóstico, el plan de estudios complementarios y el tratamiento propuesto. Algo así ha sido imaginado recientemente por el Redactor en Jefe de la revista *Chest*¹⁴.

Para terminar, debemos referirnos al efecto "aunque no estemos seguros". Se trata del hecho que una buena parte de las decisiones con base económica que puedan tomarse en el terreno de la salud reposan sobre bases inseguras, poco firmes, poco claras. En efecto, la ciencia de la evaluación económica de la salud es muy joven. Los expertos en el tema no están de acuerdo entre ellos en cuestiones metodológicas^{15,16}. Los datos en que se basan son escasos y de pobre calidad¹⁷. Los modelos econométricos son burdos y aproximativos. Los expertos en estadística que son esenciales para la planificación, la adquisición y el análisis de los datos económicos no abundan, y están divididos entre bayesianos y no bayesianos¹⁸. Sus relaciones son tan cordiales como las que reinan entre partidarios del Barça y del Real Madrid. Y ni ellos pueden aconsejarnos sobre la mejor manera de comparar costes. Parece que sencillamente no tenemos aún útiles estadísticos validados de comparaciones de costes en estudios controlados^{19,20}.

Pero dejemos ahora la ironía y el humor de lado. Supongo que la gran mayoría de los neumólogos clínicos abonados a ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se sentirán tan perplejos como yo al tratar de integrar los elementos que venimos de evocar con la práctica clínica diaria, en la que uno intenta definir qué actitud adoptar ante el abuelo de 84 años aún válido pero con antecedentes de hipertensión, una ligera intolerancia a la glucosa, y una artrosis moderada, al que se le acaba de descubrir un carcinoma bronquial epidermoide, y si en su caso una quimioterapia se justifica antes de una eventual resección, o si se justifica una mediastinoscopia para asegurarse del estado de los ganglios mediastínicos, o si será mejor para él y su familia una radioterapia aislada, o un tratamiento sintomático. ¿Qué tiene que ver esa situación concreta con las nociones económicas de coste-beneficio o de coste-utilidad? ¿Y cómo pueden los cuestionarios de calidad de vida remplazar el valor de la mirada de don Manuel cuando discutimos con él su diagnóstico y las opciones terapéuticas?

La relación entre las dos esferas, la clínica y la económico-epidemiológica es muy difícil de definir. Pero sería muy tonto por nuestra parte seguir ignorando que las dos esferas existen, y que la influencia de la segunda sobre la primera será cada vez mayor en los próximos años. Debemos tomar conciencia que los administradores y planificadores de los sistemas de salud esperan que nosotros mismos les proporcionemos los datos que les permitan definir lo que es lícito y lo que no lo es, lo que es justificado y lo que no lo es. Es a partir de estudios clínicos masivos que los economistas y estadísticos decidirán si se debe administrar un antibiótico en la bronquitis aguda, y si debe usarse durante 6 días, o durante 4 días. Debemos tomar conciencia que nos corresponde a nosotros, los clínicos, defender al paciente más que al sistema (incluso si la defensa del sistema redundará en nuestro propio beneficio). Debemos tomar conciencia que poco a poco estamos empezando a utilizar

un lenguaje (el económico) que no es el nuestro, y del que no comprendemos ni las sutilezas ni las implicaciones. Y que tal vez lo que digamos tendrá un sentido muy diferente al que quisimos darle. Y que las conclusiones que se pueden sacar de nuestra pobre, imprecisa e inexperta utilización de términos económicos podrían parecernos sorprendentes. Debemos tomar conciencia que va siendo hora que defendamos el lugar al que aspiramos, es decir al lado del enfermo, y no frente a él. Si fallamos en esta tarea de largo aliento, difícil y compleja, terminaremos tal vez por reconocer sorprendidos que, después de todo, la medicina no es muy diferente de un supermercado²¹. Pero no estoy seguro que nos complazca el puesto de cajero²².

El médico que quiso ser médico por vocación altruista de ayudar y curar, por deseo de acercarse al otro que sufre, se encuentra hoy día ante un doble dilema: por un lado se le recuerda que el método científico, objetivo y frío, es indispensable para el avance de la medicina, pero esto implica que el paciente pasa a ser, nos guste o no, de un sujeto que sufre a un objeto de estudio; por otro lado, se le recuerda al médico que una gestión rigurosa es una condición indispensable para evitar el racionamiento y el dispendio de recursos escasos, con lo que el enfermo pasa a ser, nos guste o no, de un sujeto que sufre a un consumidor de bienes y servicios de salud. Entre estos dos escollos debe el médico conducir el frágil barco de la relación médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Juramento de Hipócrates. ca. s. I A.C.
2. Moisés Ben Maimón, el Español. Invocación. ca. 1100 D.C.
3. Análisis comparativo de 29 países. Eco-Sanidad, OCDE, París, 1998.
4. Bodenheimer T, Sullivan K. How large employers are shaping the health care marketplace? *N Engl J Med*, 1998, 338: 1.084-1.087.
5. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med* 1997; 336: 769-774.
6. Etudes économiques de l'OCDE, Thème spécial: le système de soins de santé, Belgique/Luxembourg, OCDE, París, 1999.
7. Grupo de trabajo de "calidad de vida y EPOC". Calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. En: Casan P, Güel R, editores. Instrumentos de medida en España. Editorial MCR, 1996.
8. Ruiz Manzano J. Publicaciones biomédicas: normas generales, tipos de artículos, elección de la revista, proceso editorial. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl 1): 34-37.
9. Alcalá-Zamora J, Bueno Blázquez A. Ética de la investigación y la publicación. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl 1): 22-26.
10. Alderson P, Goodey C. Theories in health care and research, theories of consent. *BMJ* 1998; 317: 1.313-1.315.
11. Edwards SJL, Lilford RJ, Hewison J. The ethics of randomised controlled trials from the perspectives of patients, the public, and healthcare professionals. *BMJ* 1998; 317: 1.209-1.212.
12. Wright, Johns R, Watt I, Melville A, Sheldon T. Health effects of obstructive sleep apnoea and the effectiveness of continuous positive airways pressure: a systematic review of the research evidence. *BMJ* 1997; 314: 851-860.
13. Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? *Lancet* 1999; 353: 743-746.
14. Block AJ. A dentist's office is the template for medicine. *Chest* 1999; 115: 909.
15. Ubel PA, Baron J, Asch DA. Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints. Is it equitable? *N Engl J Med* 1996; 334: 1.174-1.177.
16. Blumenthal D. Quality of care-What is it? *N Engl J Med* 1996; 335(12): 891-893.
17. Barber JA, Thompson SG. Analysis and interpretation of cost data in randomised controlled trials: review of published studies. *BMJ* 1998; 317: 1.195-1.200.
18. Rodríguez Salvanés FJ. Errores más frecuentes en el uso de la estadística en la investigación en neumología. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl 1): 18-21.
19. Stolz JW, McCormick MC. Restricting access to neonatal intensive care: effect on mortality and economic savings. *Pediatrics* 1998; 101: 344-348.
20. Schöffski O, Graf Von Der Schlenburg JM. Unintended effects of a cost-containment policy: results of a natural experiment in Germany. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1.537-1.539.
21. Kassirer JP. The new health care game. *N Engl J Med* 1996; 335: 433.
22. Kassirer JP. Doctor discontent. *N Engl J Med* 1998; 339: 1.543-1.544.