

El médico ante la evaluación económica

Fernando Rodríguez Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina.
Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.



Muchos médicos perciben que faltan medios para atender debidamente a todos sus pacientes. Ello se manifiesta en consultas masificadas, esperas más largas de lo razonable para acceder a algunas prestaciones, excesivo control sobre algunas de sus conductas, como la prescripción de medicamentos, entre otras. Además, se sienten incapaces de controlar algunos de los problemas de salud más importantes. Por ejemplo, un 70% de la población española de 60 y más años es hipertensa y, aunque un 70% lo sabe y de ellos el 85% recibe tratamiento, menos del 20% de los hipertensos de esa edad tienen la presión arterial controlada¹. Con los medios humanos, materiales y organizativos actuales es muy difícil controlar la presión arterial de todos los que podrían beneficiarse de ello (aunque el beneficio varíe sustancialmente de unos a otros, según la cifra inicial de la presión y el riesgo cardiovascular basal). Por otro lado, los médicos también tienen la impresión de que las intervenciones que se realizan en bastantes pacientes son excesivas y no se justifican por sus posibles beneficios y costes. Algunos ejemplos, entre los muchos posibles, son ciertas prácticas de medicina defensiva o la inmunoterapia de algunas alergias.

La serie de 6 artículos sobre evaluación económica de intervenciones sanitarias (EEIS) que empieza a publicarse en este número de *MEDICINA CLÍNICA*² proporciona un excelente marco intelectual, basado en elementos tan instintivos como los resultados y los costes de las intervenciones sanitarias, para fundamentar un debate ordenado sobre los 2 temas que dan comienzo a este editorial. En concreto, los artículos describen, por este orden, qué es la evaluación económica, cómo se realiza e interpreta y cómo se utiliza. Esto se hace de forma concisa, fácil de entender y muy amena.

Además, la serie orienta a los médicos en la decisión de cuándo intervenir clínicamente y con qué, y cuándo no hacerlo, a partir de los datos de ensayos clínicos y otros estudios clinicoepidemiológicos, algunos ya muy conocidos en medicina y otros que no lo son tanto. También les refuerza en la idea de que las decisiones eficientes se basan en datos de eficacia o efectividad clínica (con los que los médicos ya están bastante familiarizados) y que sólo cuando los primeros resulten claros, y por tanto pueda tener sentido intervenir, habrá que interesarse por los costes. Asimismo, les ayudará a entender mejor las preocupaciones y el lenguaje de los gestores sanitarios (los principales gestores clínicos son los médicos clínicos), lo que facilitará el necesario entendimiento entre los 2 grupos profesionales.

Esta serie muestra al médico que la evaluación económica en medicina pretende ayudar a tomar decisiones sin limitar su libertad clínica. Los autores afirman, en una generalización excesiva pero a menudo acertada, que las intervenciones *per se* no son eficientes (tienen una buena relación entre sus costes y resultados) o ineficientes, sino que es su uso lo que determina su eficiencia y que los médicos deben decidir en qué pacientes usarlas. Asimismo se afirma que la función de los gestores sanitarios es evaluar intervenciones, y la de los clínicos, evaluar pacientes.

La serie de artículos está escrita por una coalición de líderes en este campo procedentes de la empresa privada, la universidad y la administración sanitaria. Pero llama la atención que, al igual que este editorialista, ninguno de los autores se dedique a la medicina clínica. Ello es concordante con que, a pesar de que las consideraciones sobre costes son progresivamente más frecuentes en las decisiones clínicas, la incorporación explícita de EEIS en ellas es todavía muy pequeña. En el último artículo de la serie se apuntan las barreras para el uso de las EEIS y algunas soluciones muy razonables para aumentar su utilización. La primera de ellas es mejorar la formación de los médicos en ese campo. Seguro que esta serie contribuirá a ello, probablemente con el mismo éxito que tuvo la ya legendaria de «Epidemiología para clínicos» publicada en esta Revista hace bastantes años. Los autores también recomiendan elaborar EEIS para subgrupos de pacientes, e incluir información sobre EEIS en las guías de práctica clínica. Aun siendo recomendaciones útiles, creo que son insuficientes para facilitar decisiones más eficientes, porque propuestas similares sólo han mostrado una influencia muy modesta en el ejercicio de la llamada «medicina basada en la evidencia» (de eficacia o efectividad, claro).

Los autores aluden a la necesidad de un cambio en la mentalidad de los profesionales para aumentar el uso de la EEIS, aunque desconozco si hay evidencias sobre cómo lograrlo. Hemos tenido oportunidades recientes para introducir explícitamente criterios de eficiencia en las decisiones clínicas y, en cierto modo, las hemos dejado escapar. Por ejemplo, el concepto del número de pacientes que hay que tratar (NT) durante cierto tiempo para evitar un acontecimiento clínico indeseable se ha difundido mucho entre los clínicos en los últimos años. Se trata de una medida de eficiencia (clínica) porque relaciona el resultado de una intervención con el esfuerzo o coste para lograrlo, medido por el número de pacientes que hay que tratar. A menudo, un NT de 10 pacientes a lo largo de 5 años se considera un valor excelente en la prevención de procesos importantes (p. ej., un acontecimiento cardiovascular). De hecho, sólo puede alcanzarse en intervenciones muy eficaces en sujetos de alto riesgo. Sin embargo, se debe señalar que un NT de 10 significa que 9 de cada 10 pacientes estarán recibiendo una intervención para no obtener el beneficio clínico buscado, y es posible que algunos de ellos experimenten incomo-

Correspondencia: Dr. F. Rodríguez Artalejo.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
Avda. Arzobispo Morcillo, s/n. 28029 Madrid. España.
Correo electrónico: fernando.artalejo@uam.es

Recibido el 12-1-2004; aceptado para su publicación el 14-1-2004.

didades y otros acontecimientos adversos (generalmente el NT para sufrir un evento adverso no grave asociado a la intervención es, tanto a largo como a medio plazo, muy superior al NT para lograr el beneficio clínico buscado). Por último, ninguno de los 10 pacientes sabrá si ha sido él quien finalmente se ha beneficiado de la intervención. Estas consideraciones indican que el amplio conocimiento del NT por los médicos se ha interiorizado inadecuadamente. Si no, la conducta de los médicos tendría que haber cambiado de forma apreciable, y se realizarían bastantes menos intervenciones clínicas.

Los autores de la serie también se refieren, para explicar el bajo uso del criterio de eficiencia en las decisiones clínicas, a un conflicto entre la eficacia máxima que el médico debe pretender para cada paciente y la maximización de los beneficios para el conjunto de la población con los mismos recursos invertidos (eficiencia social), que tanto el médico como el conjunto de la sociedad también deben buscar. El conflicto debería resolverse (por razones éticas que los autores desarrollan) por el lado de la eficiencia social, en un sistema de salud financiado públicamente. Creo que la mayoría de la gente estaría de acuerdo, desde un punto de vista teórico, en que se puede ser un poco menos eficaz en cada paciente para lograr que mayor número de ellos alcancen cierto beneficio clínico. Pero este acuerdo no sería fácil de llevar a la práctica. Los médicos, los pacientes y sus familiares esperan para cada enfermo lo mismo que cada uno de nosotros cuando lleguemos a esa situación: algo «razonable», es decir, que sea bastante bueno. El problema es que ante la presencia de una enfermedad y el sufrimiento acompañante, lo «bastante» siempre parece «poco». Además, si no somos capaces de adquirir el mejor tratamiento posible con nuestros recursos personales, siempre podemos pensar que para algo hemos cotizado a la Seguridad Social; sobre todo porque, a diferencia de lo que ocurre con una póliza de seguros privada, nadie nos ha explicado exactamente a qué tipo de prestaciones da derecho nuestra cotización.

Un ejemplo clínico ilustra mejor la situación. El control de la presión arterial requiere que muchos hipertensos se traten con varios medicamentos y se sometan a un seguimiento clínico intensivo hasta conseguirlo y mantenerlo. Pues bien, puede ser socialmente más eficiente renunciar a ello a cambio de dar a la mayoría de los pacientes un solo fármaco de muy bajo coste (p. ej., diurético tiazídico) y evitar gran parte del seguimiento clínico³. Recordemos que bastantes personas no saben todavía que son hipertensas, y una pequeña parte de los que lo saben no están tratados¹. Además, la mayoría de los casos de enfermedad cardiovascular asociada a la presión arterial se producen entre los que tienen la presión normal o sólo ligeramente alta⁴, que son precisamente los que necesitan menos tratamiento y seguimiento. La lógica de estos argumentos no impide, sin embargo, que a uno se le pongan los pelos de punta al pensar que a un

familiar con cifras tensionales muy altas y difíciles de controlar puede que no se le ofrezca el tratamiento y seguimiento necesarios.

Para que nadie se alarme diré que, en el futuro, lo más probable es que se intente por todos los medios el control de la hipertensión arterial en todos los sujetos. Como los artículos de la serie ilustrarán en su momento, algunas sociedades con recursos suficientes pueden aspirar a la máxima eficacia para todos sus ciudadanos en el control de algunos problemas de salud a pesar de elegir opciones relativamente ineficientes. Sin embargo, el problema se complica porque muchos hipertensos tienen también otros factores de riesgo cardiovascular cuyo tratamiento produce beneficios que, sin embargo, son progresivamente menores según los vamos tratando uno a uno, precisamente porque al hacerlo se va reduciendo de forma progresiva el riesgo cardiovascular del sujeto⁵. En cuestiones de salud hay cierta tendencia hacia la perfección, pero ésta resulta muy poco eficiente⁵. La decisión, otra vez teóricamente fácil pero en la práctica difícil, es dejar de tratar algún factor de riesgo adicional en ese hipertenso (aunque tratarlo pueda ser de eficacia probada, pero a esa persona sólo le produzca pequeños beneficios). Estas decisiones requieren algunas renunciaciones en sociedades donde casi nadie quiere renunciar a casi nada. Por tanto, creo que un mayor uso de las EEIS sólo se impondrá, como tantos otros cambios previsibles, por imperativa necesidad. Debido a las dificultades, financieras y de otra índole, que atravesará el sistema sanitario en los próximos años, habrá que tomar algunas medidas que ahora parecen drásticas (p. ej., se dirá que ciertos tratamientos muy personalizados y poco eficientes⁶, o la máxima eficacia en el control de algún problema de salud, se los pague el que pueda o al menos contribuya a ello). Para ello será necesario introducir más racionalidad y transparencia en las decisiones, a lo que contribuyen las EEIS. Y de la necesidad se acabará haciendo virtud. Mientras tanto, conviene irse dotando de bagaje intelectual para entender y afrontar el futuro próximo. Esta serie de artículos les garantiza parte de ese bagaje. ¡No se la pierdan!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, De la Cruz-Troca JJ, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens* 2002;20:2157-64.
2. Sacristán JA, Ortún V, Rovira J, Prieto L, García Alonso F, por el grupo ECOMED. La evaluación económica en medicina. *Med Clin (Barc)* 2004;122:379-82.
3. Marshall T, Rouse A. Resource implications and health benefits of primary prevention strategies for cardiovascular disease in people aged 30 to 74: mathematical modelling study. *BMJ* 2002;325:197.
4. Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, De La Cruz Troca JJ, De Andrés Manzano B, Rey Calero J. Mortalidad relacionada con la hipertensión y la presión arterial en España. *Med Clin (Barc)* 1999;112:489-94.
5. Warburton R. What do we gain from the sixth coronary heart disease drug? *BMJ* 2003;327:1237-8.
6. Rodríguez Artalejo F, Ortún V. Tratamientos generales frente a tratamientos personalizados. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003;5:87-8.