



EDITORIAL

¿Ha perdido el oncólogo, autonomía de decisión en la práctica clínica?



Have oncologists lost their autonomy in clinical practice?

Según el Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU., un oncólogo es un médico especialista en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. A menudo, es el proveedor principal de atención de la salud de alguien que padece un cáncer. También puede brindar cuidados médicos de soporte, y puede coordinar el tratamiento administrado por otros especialistas en la enfermedad¹.

Si bien esta definición expresa en toda su magnitud el papel que juega el oncólogo en la práctica clínica, en los sistemas sanitarios público o privado de nuestro país, el oncólogo se enfrenta en su práctica diaria, también, a decisiones de gestión, debido a las limitaciones que enfrenta para tener a su disposición la mejor opción terapéutica. Limitaciones derivadas de los diferentes modelos de financiación de la tecnología sanitaria de innovación, tanto por su falta de inclusión en cuadros básicos de muchas instituciones, como por parte de las limitaciones de las pólizas de seguros privados para afrontar los gastos derivados del tratamiento del cáncer.

Sin una formación específica al respecto, el oncólogo muchas veces se ve obligado a tomar decisiones clínicas basadas en la capacidad de recursos disponible, no pudiendo otorgar así al paciente la «mejor alternativa terapéutica», sino la «mejor alternativa terapéutica disponible».

Para poder tomar decisiones sobre la «mejor alternativa terapéutica disponible» el oncólogo suele adolecer del conocimiento de los conceptos y herramientas necesarias para evaluar 2 alternativas terapéuticas desde la perspectiva del costo y de los beneficios que genera al paciente, son temáticas que, además de que se encuentran en continuo desarrollo, no son facilitadas tradicionalmente en las facultades de medicina de nuestro país, de manera regular.

Pero esta falta de formación regulada al respecto, no impide que el entorno de prestación sanitaria alrededor del oncólogo, ya sea el servicio del hospital, la dirección del mismo o las direcciones médicas de las instituciones de salud; es decir, los tomadores de decisión, consulten al oncólogo sobre su opinión a la hora de evaluar el reembolsar de

una determinada tecnología sanitaria dentro de la cobertura de servicios ofrecidos a sus derechohabientes (igual sea el ámbito público o privado).

El hecho de consultar al oncólogo es de suma importancia en una enfermedad como el cáncer, donde la complejidad biológica y genética de los tratamientos o terapias, hace muy sutil poder determinar los beneficios adicionales generados por cierta tecnología frente a la existente, o los efectos que generará en el paciente desde la perspectiva de sobrevida o calidad de vida, que por otro lado se está trasladando al oncólogo una presión y responsabilidad que no es inherente a su función en el sistema de prestación de la salud.

Si el oncólogo pierde su capacidad de decidir libremente el mejor tratamiento disponible, en una enfermedad en continua investigación como es el cáncer, supone limitar muchas veces la sobrevida o la calidad de vida ofrecida al paciente.

Esto no quiere decir que el oncólogo deba ser ajeno a las limitaciones económicas de su paciente o de la institución para la que trabaja, quiere decir que si no puede ejercer su trabajo en «plenitud» para la mejor atención de su paciente, debería investigar, estudiar y plantear alternativas a su paciente o la institución para poder llegar a cubrir la mejor opción terapéutica posible para el paciente en cada situación, dado que solo él, muchas veces, es el último responsable frente al paciente.

Por tanto, se puede afirmar que en un sistema sanitario sin limitaciones de acceso a los recursos tecnológicos, el oncólogo puede ejercer su profesión desde la perspectiva clínica con total libertad; pero en sistemas con limitaciones presupuestales el oncólogo NO puede ejercer su profesión con total autonomía.

Los sistemas sanitarios públicos (y algunos privados) establecen criterios de reembolso (no se confunda con el acceso) de tecnología sanitaria solo con el legítimo criterio de maximizar el beneficio (clínico, social y económico) que pueden ofrecer sus poblaciones derechohabientes con los recursos disponibles. Es decir, que se enfrenta continuamente al

dilema de en qué gastar cada «peso» disponible: ¿en un fármaco para el cáncer que alarga la vida unos meses o en un tratamiento para pacientes diabéticos que evita complicaciones a 10 años?

Oncólogos formados en herramientas de gestión que permitan la justificación de una decisión terapéutica disponible, con o sin reembolso asociado, ayudaría a ejercer su profesión de manera más eficiente.

Durante los últimos años, en México, hemos visto casos liderados por oncólogos, en la lucha por mejorar el acceso a nuevas tecnologías sanitarias, al servicio de sus pacientes. Cuando los beneficios obtenidos fueron muy por encima de los costos asociados, normalmente se ha logrado un reembolso de los financiadores público o privados, sin grandes problemas (como la cobertura de anticuerpos monoclonales para cáncer de seno en el Seguro Popular, que funge el papel de asegurado público para casi 50 millones de mexicanos); pero cuando los márgenes de beneficio no son tan amplios, se requiere el uso un lenguaje y unos mensajes para explicar y justificar dichas tecnologías, pocas veces dominadas por los oncólogos, y que son fruto de una ciencia denominada «economía de la salud», que no debe confundirse con «farmaeconomía», que es una parte específica de este amplio concepto.

Así, hemos visto también como oncólogos presentando modelos para la justificación de la adquisición de equipos de radioterapia, no lograban sensibilizar a sus superiores en las instituciones públicas.

Estas situaciones, donde muchos de los lectores se verán reflejados, suele generar desmotivación de los oncólogos, por no decir frustración, e incluso terminar en cierto conformismo, que una vez más refuerza la idea de que el oncólogo puede haber perdido la batalla para ejercer en total libertad su práctica clínica.

Aunque lo más usual es echar la culpa a los gestores, sobre dichas negativas, nuestra opinión es que la mayoría de las veces, la forma como el proyecto fue diseñado, el lenguaje utilizado, la manera de justificarlo y los modelos financieros utilizados, fueron la causa de dicha negativa.

En un mundo globalizado, y más desde la perspectiva del tratamiento del cáncer, el oncólogo no puede ser ajeno a las dificultades económicas existentes ante el crecimiento de la prevalencia del cáncer y las limitaciones presupuestales individuales o colectivas; pero la respuesta a esta situación,

creemos no es el conformismo, la apatía o la justificación de la falta de recursos disponibles.

El oncólogo debe retomar su faceta científica para analizar, utilizar y saber justificar sus decisiones terapéuticas que sitúen la oncología mexicana a la altura de sus profesionales, muchos de ellos formados en las mejores universidades y hospitales estadounidenses y europeos, y que a su regreso a México carecen de los recursos necesarios para ejercer su práctica clínica en plenitud y beneficio de los enfermos.

Entender los modelos de financiación de los sistemas públicos y privados, conocer los modelos presupuestarios de poblaciones diana, entender alternativas de diferenciación y evaluación de tecnologías sanitarias actuales o innovadoras, dominar los modelos de negociación con los proveedores de dichas tecnologías más allá del precio de venta al público individual; creemos es de suma importancia para el oncólogo actual.

Algunos colegas ya están trabajando, con éxito, en esta dirección para redondear sus capacidades como gestores oncológicos, pero creemos que como colectivo aún es un camino por recorrer. Por ello, en números sucesivos de esta revista iremos profundizando sobre dichas temáticas que esperamos sean de su interés.

Hoy en día, y quizás por desgracia, los argumentos de calidad de vida, ética profesional, beneficio individual, etc., no son suficientes para respaldar estas difíciles decisiones, y solo con este fin, desde esta editorial les invitamos a formar parte de este cambio que permita a la comunidad oncológica prepararse para liderar cambios en las políticas de gestión sanitaria existentes.

Referencias

1. [http:// www.cancer.gov/espanol](http://www.cancer.gov/espanol)

Francisco Javier Picó Guzmán^{a,*}
y Francisco Javier Ochoa Carrillo^b

^a *Partner LifeSciences Consultants (LSC), Master en Health Economic por la Pompeu-Fabra, Barcelona, España*

^b *Cirujano oncólogo, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpico@consultingls.com
(F.J. Picó Guzmán).