

EL COSTE DE LA MALA COMUNICACIÓN

**Carlos Camps Herrero, Vega Iranzo González-Cruz y
Cristina Caballero Díaz**
Servicio Oncología Médica
Consortio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad de elevada incidencia, –en España en 2002 se registraron más de 145.000 casos nuevos y alrededor de 97.000 muertes por cáncer– todo ello condiciona que los sistemas de salud destinen enormes volúmenes de recursos para su atención.

En los últimos años los análisis económicos se han ido trasladando al campo de la salud como resultado de la constatación de que los recursos son limitados –aunque cada vez el gasto en sanidad sea mayor–, mientras que las necesidades tienden a ser ilimitadas; por ello, en la toma de decisiones hemos tenido que introducir progresivamente el coste de oportunidad, es decir determinar qué acciones se verán limitadas en el supuesto de que hagamos un uso desmedido de nuestros recursos.

La toma de decisiones en el sistema sanitario debe guiarse principalmente por la eficacia, la seguridad y la efectividad clínica. La evaluación económica de las intervenciones sanitarias, es decir, el cálculo de la eficiencia de una opción terapéutica y su comparación con otras alternativas, con el fin de seleccionar aquella con una relación coste y beneficio más favorable, no es un obstáculo sino una gran ayuda al permitir la toma de las decisiones más acertadas en función del nivel de recursos disponibles.

Cada vez son más los estudios que se realizan sobre coste efectividad en el tratamiento del cáncer, comparando los diferentes esquemas con los nuevos agentes de que disponemos o frente al mejor tratamiento de soporte. Sin embargo, existen muy limitados datos en la literatura a cerca del impacto económico de la mala comunicación en el manejo de los pacientes, y concretamente en el caso del paciente oncológico, donde parece que la mala comunicación es un fenómeno prácticamente universal y de prevalencia elevada¹.

Aunque existen estudios sistemáticos sobre los beneficios de establecer una buena comunicación, y por tanto una buena relación médico-paciente, todavía se sabe poco a cerca del impacto económico de la ausencia de una buena comunicación o incluso de una mala comunicación².

Los efectos de la mala comunicación conllevan repercusiones claves tanto en los pacientes y su entorno afectivo (en forma de desconfianza, incomprensión y desconocimiento de la enfermedad), ausencia de colaboración e implicación en los clínicos y en el sistema de salud, con mala praxis (frecuentación hospitalaria, tratamientos y pruebas diagnosticas innecesarias, etc.) con graves consecuencias económicas en forma de incremento del gasto sanitario. Es más, una mala comunicación médico-enfermo es uno de los principales orígenes de lo problemas legales más cotidianos.

Aunque no existen claras evidencias científicas de la traducción de la mala comunicación en costes económicos, sí que es claro que el déficit en comunicación genera distrés en el paciente, uso y abuso de tratamientos innecesarios o medicinas alternativas, insatisfacción y alienación de los profesionales sanitarios, etc. lo que conlleva en definitiva y sin ninguna duda a un incremento en el gasto sanitario¹.

En España, un 50% de los pacientes atendidos en los Servicios de Oncología Médica se encuentran en fases muy avanzadas de su enfermedad, dedicando el oncólogo más del 70% de su tiempo a la paliación. Esta última faceta, los cuidados paliativos, supone un alto coste para el sistema sanitario, ya que gran parte del gasto sanitario dedicado a los pacientes con cáncer estará destinado a la atención de los pacientes oncológicos en sus últimos meses de vida, por lo que también analizaremos su repercusión³.

FUNDAMENTOS DEL ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO^{4,5}

Es un hecho incuestionable que las técnicas de evaluación económica están asumiendo un mayor protagonismo en el campo de la salud y concretamente en el contexto de las decisiones sanitarias, tanto porque permiten analizar los resultados obtenidos con los programas de

salud, como porque hacen posible la creación de escenarios para estudiar los resultados razonablemente esperados a consecuencia de la aplicación de una intervención sanitaria concreta. El objetivo general de la evaluación económica en el ámbito de la salud es identificar aquellas intervenciones, mediante las cuales se maximiza el bienestar relacionado con la salud del común de los ciudadanos, minimizando a la vez el coste de oportunidad; es decir, tratando de hacer balance razonable entre los costes y las consecuencias que se derivan de tales acciones.

1. Tipos de Evaluación

En el sector sanitario distinguimos cuatro categorías de evaluación: la evaluación clínica, la evaluación epidemiológica, la evaluación financiera y la evaluación económica.

1.1. Evaluación clínica

Mide las consecuencias o los impactos observables en un individuo a causa de la aplicación de una tecnología o una intervención sanitaria, considerando al paciente receptor de la misma de forma aislada y sin influencia significativa respecto al medio que lo rodea.

1.2. Evaluación epidemiológica

Mide el efecto provocado en los colectivos humanos por una acción sanitaria aplicada sobre los mismos e influenciados por el entorno.

1.3. Evaluación financiera

Se limita a valorar monetariamente las actividades sanitarias, basándose exclusivamente en los recursos económicos empleados por la utilización de los factores de producción necesarios (en forma de trabajo, personal, o recursos humanos; capital o tecnología; y/o materias primas) para llevar a cabo determinadas actividades sanitarias, siempre que los recursos empleados tengan naturaleza tangible y sean susceptibles de registro contable desde la perspectiva de la agencia o institución responsable.

1.4. Evaluación económica

Realiza un balance comparativo de los costes de los productos y de los resultados obtenidos, para racionalizar el proceso de toma de decisiones, atendiendo a la eficiencia relativa de cada una de las intervenciones alternativas, tratando así de ayudar a establecer prioridades y optimizar la gestión de los recursos disponibles.

Probablemente la herramienta más útil, si bien no la única, de que dispone el sector público para alcanzar el deseable principio de la eficiencia en la asignación de los escasos recursos

sociales, sea la evaluación económica de intervenciones sanitarias, de ahí que la analicemos más detenidamente.

2. La Evaluación Económica

2.1. Definición

La evaluación económica de intervenciones sanitarias permite liberar recursos ineficientemente asignados con los que atender otras necesidades sociales, mediante el cálculo de los costes y las consecuencias de estas acciones comprobando que realmente “valen lo que cuestan”. Sin duda este tipo de análisis es propio de sociedades democráticas avanzadas, donde los recursos aportados por el ciudadano, como impuestos, deben ser utilizados siguiendo criterios de justicia y equidad.

2.2. Objetivos

Cualquier investigación sanitaria debería tratar de profundizar en el conocimiento de los parámetros relevantes para la salud del individuo o de una población, con objeto de valorar su estado general de bienestar, sus carencias y necesidades, y saber de cuántos recursos dispone para organizarlos y que sirvan al cumplimiento más eficiente y equitativo de los objetivos planteados en la evaluación.

Tras el establecimiento de los objetivos de la evaluación económica, habrá que fijar el ámbito de aplicación y la perspectiva de la misma.

2.3. Ámbito de aplicación de la evaluación

Aplicando los dos contextos habitualmente empleados en economía se definen:

- a) el análisis microeconómico, que se basa en el estudio del proceso de la toma de decisiones por parte de los agentes económicos considerados como unidades de decisión indivisibles y se refiere a las actuaciones por parte de unidades; como sucede con las que afectan individualmente a pacientes.
- b) el análisis mesoeconómico, cuando atiende a proveedores de servicios sanitarios o instituciones concretas.
- c) y el análisis macroeconómico, que hace referencia a la observación de datos, comportamientos agregados o decisiones que afectan de forma global a todos los elementos de un colectivo.

2.4. Perspectivas de la evaluación económica

La perspectiva hace referencia al punto de vista del agente social que analizará y utilizará el estudio de evaluación económica, y trata de recoger todos los intereses que han de ser tenidos en cuenta desde su posicionamiento.

Existen seis perspectivas bien diferenciadas: la sociedad, los profesionales proveedores del servicio, los aseguradores de recursos, los pacientes, los empresarios proveedores de productos de consumo y las autoridades reguladoras de gestión sanitaria.

Una perspectiva social, justa y equitativa, recogería de manera neutral todas las consecuencias y todos los costes independientemente del agente social afectado.

2.5. Las Alternativas

Son las diferentes opciones o posibilidades de actuación de los individuos existentes para conseguir el objetivo planteado y así poder compararlas en términos de costes y/o consecuencias, determinando la eficiencia relativa de cada una de ellas respecto a las demás y así priorizar y proporcionar reglas para la toma de decisiones. Cualquier evaluación trata de establecer comparaciones entre opciones de tratamiento o intervenciones a pacientes en las mismas condiciones clínicas, con la finalidad de seleccionar aquella alternativa (incluida la abstención) que optimice la relación entre los resultados y los costes incurridos.

2.6. Las consecuencias de la intervención

Identificar, cuantificar y valorar de forma aislada las consecuencias de las intervenciones sanitarias es tarea ardua, debido al carácter multifactorial y pluricausal de la salud –hasta qué punto la medida aplicada es la única responsable de la mejora en el bienestar del individuo–.

Entenderemos como consecuencia de una intervención sanitaria, aquellas modificaciones registradas en el estado de salud a causa de la aplicación de una intervención sanitaria.

Pueden ser medidas según:

- a) Criterios normativos, que son modificaciones a partir de la situación estructural y funcional del organismo apreciada por los proveedores de servicios, generando los efectos que se miden en unidades físicas o naturales, por ejemplo, los indicadores de morbilidad, de mortalidad, de incapacidad o de salud positiva (las vidas salvadas, los diagnósticos acertados, los tratamientos exitosos, los años de vida ganados, los factores de riesgo disminuidos).

- b) Criterios subjetivos, a partir de la sensación física, psíquica y social apreciada por el propio paciente, que se traducen en utilidades, medidas en unidades de calidad de vida (años de vida ajustados por calidad de vida, años saludables equivalentes, años de vida ajustados por discapacidad).
- c) Criterios económicos, a partir de la cuantificación y valoración monetaria de los beneficios obtenidos gracias a la acción que se evalúa, generando beneficios o no, que se medirán en unidades monetarias y pueden ser tangibles o intangibles, en función de si pueden o no ser valorados de forma explícita a través del sistema de precios del mercado. Los beneficios tangibles pueden ser: directos, cuando representan el valor monetario del ahorro en recursos que son sustituidos, evitados o reemplazados gracias a la intervención que se evalúa; o indirectos, que se refieren al valor monetario de la riqueza neta ganada por la sociedad gracias al aumento de las actividades y/o rendimientos laborales que se siguen a las incapacidades reducidas, al absentismo laboral disminuido o a las muertes prematuras evitadas gracias a las intervenciones sanitarias evaluadas.

2.7. Los costes de la intervención

La identificación, cuantificación, valoración y situación temporal de los costes es el último paso en la evaluación económica. En su acepción empresarial, en el coste de los productos se considera: el valor monetario de los recursos humanos empleados, las tecnologías desgastadas y las materias primas o servicios externos consumidos. En su acepción social, el coste incorpora además el sacrificio, esfuerzo o pérdida de cualquier activo intangible, no necesariamente valorable en términos monetarios.

En la evaluación económica pueden considerarse dos categorías de costes atendiendo a la capacidad del mercado para determinar su valor:

- 1) Los **costes intangibles**, como el dolor, el miedo, el malestar, la incomodidad o la pérdida de ocio para los que el mercado es incapaz de establecer un precio.
- 2) Los **costes tangibles**, valorables de forma explícita a través del sistema de precios del mercado; que pueden subdividirse en:
 - 2.1. *Tangibles directos médicos*, aquellos costes de naturaleza sanitaria y directamente relacionados con el proceso de obtención de los servicios sanitarios (tales como salarios del personal, amortizaciones de equipamientos tecnológicos, consumos de medi-

camentos y material sanitario, material de limpieza o de oficina, servicios externos, comestibles y bebidas, consultas, pruebas diagnosticas, intervenciones quirúrgicas, estancias hoteleras, etc.).

- 2.2. *Tangibles directos no médicos*, los que inciden en el propio paciente, así como cualquiera que afecte negativamente la renta de familiares o acompañantes (tales como los producidos en los desplazamientos, tiempo de espera perdido, cambios domésticos, cuidadores, etc.).
- 2.3. *Tangibles indirectos*, desde una perspectiva social, son situaciones o condiciones que afectan negativamente los recursos de otros agentes sociales externos al ámbito sanitario (en forma de pérdidas productivas, rendimientos reducidos, costes empresariales, etc.).

Por tanto podríamos resumir que la evaluación económica compara consecuencias y costes, determinado así la conveniencia de realizar una intervención sanitaria.

3. La Eficacia, la Efectividad y la Eficiencia de las Intervenciones Sanitarias

Los parámetros descriptores del nivel de rendimiento o provecho de una actividad o intervención sanitaria más frecuentemente empleados son: la eficacia, la efectividad y la eficiencia.

3.1. La Eficacia

Hace referencia al impacto o efecto que una acción sanitaria, llevada a cabo en condiciones óptimas o controladas, tiene sobre los pacientes a quienes se aplica. Se trata por tanto de la medida en que una determinada intervención, régimen o prestación puede alcanzar un objetivo sanitariamente deseable en condiciones ideales de aplicación. Es una herramienta de especial interés no solo para los investigadores básicos y que generalmente se encuentra asociada a los ensayos clínicos controlados y a los estudios de laboratorio.

3.2. La Efectividad

Trata del grado en el que se alcanza un determinado impacto, resultado o efecto real, a causa de la aplicación práctica de una acción sanitaria en condiciones normales de uso. Se trata de un parámetro de especial interés para clínicos y epidemiólogos. El grado de efectividad dependerá de su nivel previo de eficacia, pero puede experimentar modificaciones a causa de la variabilidad del espacio, tiempo y sujeto al que se aplica.

3.3. La Eficiencia

Constituye el más importante de los principios normativos de la economía de la salud, mide el grado en que una intervención sanitaria alcanza ciertos resultados, respecto de los recursos consumidos.

El nivel de eficiencia de las intervenciones sanitarias se puede determinar mediante la relación por cociente entre los productos o resultados obtenidos y el valor de los recursos empleados. La eficiencia es un concepto relativo, y ninguna actuación sanitaria sometida a evaluación posee en sí misma la condición de eficiencia, si no se la compara con otra alternativa de recursos. El grado de eficiencia de una intervención sanitaria dependerá de la eficacia, la efectividad y los costes. Se trata de un arma de interés primordial para los provisosores de recursos, gestores, administradores, políticos y también para los clínicos responsables.

4. Tipos de Análisis

M. Drummond establece una tabla de doble entrada para la clasificación de los tipos de análisis aplicables a la evaluación económica. (Tabla 1) La primera entrada (columnas) se establece en función del examen simultáneo de consecuencias y costes que se derivan de las intervenciones sanitarias; y la segunda entrada (filas) según consideramos una única alternativa o dos o más opciones⁶.

Los tipos de análisis se clasifican en dos grupos: análisis parciales, examinan solo una opción y/o no comparan consecuencias y costes; y análisis completos, cuando examinan dos o más opciones y comparan consecuencias y costes. Los primeros, parciales, constituyen investigaciones incompletas ya que no cumplen las dos premisas básicas anteriormente establecidas como principios de la evaluación económica: el examinar simultáneamente costes y consecuencias; y el considerar al menos dos opciones o alternativas de comparación.

Tabla 1. Tipos de Análisis Aplicables a la Evaluación Económica.

Tipos de Análisis	Solo consecuencias	Solo costes	Costes y consecuencias
Una opción	Descripción de consecuencias	Descripción de costes	Descripción de costes y consecuencias
Dos o más opciones	Evaluación de la eficacia o efectividad	Análisis de costes	Minimización de costes Análisis coste-efectividad Análisis coste-utilidad Análisis coste-beneficio

4.1. Análisis Parciales

Descripción de Consecuencias

Sólo se dispone de información para examinar las consecuencias o los resultados que se alcanzan gracias a una intervención sanitaria, que se plantea como única alternativa considerada para alcanzar un determinado objetivo. Es absolutamente inadecuado para medir eficiencias dado que no tiene en cuenta los costes de dicha opción, si bien tiene interés para medir eficacias o efectividades. Por ejemplo, un análisis de descripción de consecuencias sería la evaluación de la calidad de vida como única variable.

Descripción de Costes

Sólo se examinan aquellos costes que se generan a causa de la realización de una intervención sanitaria que se plantea como única alternativa para alcanzar un objetivo deseable. No son tenidas en cuenta las consecuencias por lo que tampoco es adecuado para medir eficiencias, si bien puede tener utilidad para cuantificar costes y compararlos con respecto a otros lugares o tiempos, es pues tan solo una simple contabilidad. Dentro de esta categoría incluimos los análisis de costes de las enfermedades atendiendo a la relevancia socioeconómica que tiene cada entidad nosológica en un momento o situación concreta.

Descripción de Costes y Consecuencias

Se examinan de forma simultánea costes y consecuencias que se registran a causa de una intervención sanitaria planteada como alternativa exclusiva para alcanzar un objetivo determinado. Dado que no son tenidas en cuenta otras alternativas, tampoco será adecuado para determinar eficiencias en términos relativos, si bien puede tener utilidad para medir los costes unitarios de determinada intervención en diferentes instituciones o momentos de tiempo. Ejemplos, el coste por cada tratamiento exitoso o el coste por cada enfermo prevenido, etc.

Evaluación de la Eficacia o Efectividad

Se examinan solo las consecuencias de dos o más opciones orientadas a conseguir un idéntico objetivo; se emplea con el fin de comparar eficacias o efectividades, pero no sirve para determinar eficiencias dada la no información a cerca de los costes. Ejemplo, aquel estudio que tratara de determinar cuál es entre varias pruebas disponibles la que alcanza mayor efectividad diagnóstica, calculando sensibilidad, especificidad, valor predictivo y precisión de las mismas.

Análisis de Costes

Se examinan solo los costes de dos o más alternativas con las que se pretende alcanzar el mismo objetivo sanitario, sin considerar las consecuencias, productos o resultados de las mis-

mas. No sirve como medida de eficiencia, y es útil para comparar costes entre procesos alternativos. La adopción de decisiones basándose en la elección de aquella alternativa con la que se registran menos costes, sin disponer de información o haciendo caso omiso de las consecuencias de la misma, ha sido objeto de numerosas críticas y objeciones éticas por el carácter fuertemente economicista de este tipo de análisis.

4.2. Análisis Completos

Análisis de Minimización de Costes

Compara solo los costes de las alternativas cuando se demuestra razonablemente que las consecuencias de todas ellas son iguales o equivalentes. Sugiere que se seleccione y lleve a cabo aquella intervención sanitaria con la que a igualdad de resultados se generen menores costes. Ejemplo, comparación entre los costes de dos o más medicamentos que tengan la misma indicación terapéutica, a condición de que exista una sólida evidencia de bioequivalencia o intercambiabilidad. La limitación más evidente de este tipo de análisis es que en sentido estricto, es poco frecuente encontrar alternativas cuyas consecuencias o resultados en términos de eficacia, efectividad o utilidad resulten iguales.

Análisis Coste-Efectividad

Es el tipo de análisis más empleado para medir la eficiencia de las intervenciones sanitarias, con el fin de determinar cuales son prioritarias para mejorar el beneficio, de acuerdo a los recursos disponibles. Determina de forma numérica cuál es la relación entre los costes de una intervención dada y las consecuencias de ésta, expresando sus resultados en unidades empleadas en la práctica clínica habitual (años de vida ganados, vidas salvadas, disminución de un parámetro bioquímico...). Es el tipo de análisis más empleado en las publicaciones médicas, aunque con una gran heterogeneidad en sus métodos, por lo que se han publicado guías formales para su realización.

Análisis Coste-Utilidad

Es una forma completa y sofisticada de evaluación económica, a través de la cual se compara las alternativas examinando los costes generados por unidad de calidad de vida obtenida. Combina datos de mortalidad y morbilidad dentro de una unidad de medida multidimensional denominada año de vida ajustado por calidad (AVAC o QALY). Mide los resultados en unidades que integran cantidad y calidad de vida, mediante el cálculo de los años de vida ganados con una determinada intervención, ponderándolos según la calidad de vida de esos años.

Análisis Coste–Beneficio

Desde la perspectiva económica es el más completo y trata de expresar todos los costes y todas las consecuencias de los proyectos en términos monetarios. Consiste en ordenar, priorizar y calificar los proyectos, según las relaciones por diferencia y cociente, establecidas entre el valor monetario de los beneficios obtenidos y el valor monetario de los costes sacrificados; de manera que, una intervención es económicamente rentable si proporciona un beneficio neto positivo y un índice beneficio/coste mayor que la unidad. La aplicación en el ámbito sanitario no está exenta de inconvenientes por la imposibilidad de monetarizar todas las consecuencias sanitarias, la inconsistencia de los proyectos con consecuencias a largo plazo, la penalización de la supervivencia al no tener en cuenta los costes relacionados con la atención futura, la falsa seguridad de escoger programas económicamente rentables pero insuficientemente eficientes, etc.

La toma de decisiones en el sistema sanitario debe guiarse principalmente por la eficacia, la seguridad y la efectividad clínica. La evaluación económica de las intervenciones sanitarias, es decir, el cálculo de la eficiencia de una opción terapéutica y su comparación con otras alternativas, con el fin de seleccionar aquella con una relación coste y beneficio más favorable, permite la toma de las decisiones más acertadas en función siempre del nivel de recursos disponibles.

Todavía son escasos, aunque con tendencia al alza, los estudios que se realizan sobre coste efectividad en el tratamiento del cáncer, comparando los diferentes esquemas con los nuevos agentes de que disponemos o frente al tratamiento de soporte. Aún son menos los datos existentes en la literatura sobre estudios de evaluación económica a cerca del impacto de la mala comunicación en el manejo de los pacientes que analizaremos a continuación.

LA MALA COMUNICACIÓN EN ONCOLOGÍA

Es aceptado de forma generalizada que la comunicación juega un papel fundamental en la relación médico-paciente y en otros muchos aspectos referentes a sus cuidados, y que la mala comunicación puede llegar a tener influencias negativas en los aspectos psicosociales del individuo enfermo y de sus cuidadores principales, en el manejo de síntomas, en la toma de decisiones terapéuticas y en la calidad de vida del enfermo. Sin embargo, se ha prestado escasa atención al impacto económico negativo que puede llegar a tener la mala comunicación².

Aunque se han conseguido realizar con éxito estudios atendiendo a aspectos éticos en los cuidados de salud, existen pocas aproximaciones metodológicas relativas a la comunicación, probablemente debido a que identificar, cuantificar y valorar de forma aislada las consecuencias de las intervenciones sanitarias en cuestión de comunicación, no es tarea fácil y no existen estándares de interpretación.

Entenderemos que se establece mala comunicación entre los interlocutores, cuando los aspectos verbales y no verbales entre el médico y el paciente y/o familia generan resultados desfavorables a modo de desconfianza, incomprensión y desconocimiento de la enfermedad y su curso natural por parte del paciente y/o familia; y causan despreocupación, desmotivación y mala praxis por parte del clínico, que se traducirán en frecuentación hospitalaria a los servicios de urgencias y/o interconsultas a otros profesionales médicos; ingresos hospitalarios; pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios; uso de medicinas alternativas o complementarias; claudicación familiar y de cuidadores; "burn-out" de los profesionales sanitarios; repercusiones legales, entre un largo etcétera.

1. Resultados Adversos de la Mala Comunicación

A pesar de conocer la importancia y el impacto de poder establecer una buena relación y comunicación entre médico-paciente para la toma de decisiones y facilitar así el manejo del curso evolutivo de la enfermedad tumoral, se ha establecido que en muchas ocasiones los pacientes están insatisfechos con la cantidad y la naturaleza de la información que reciben^{1,2}. Y aunque sabemos que la información administrada, debe ser individualizada en cada caso y explicada en términos sencillos de acuerdo con el nivel cultural del receptor, rara vez es percibida así por los pacientes y familiares según los estudios existentes en la literatura², y es mayor cuando se refiere a la información a cerca del juicio diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y a la hora de "dar malas noticias", donde refieren que existen más deficiencias en las habilidades y/o destreza del clínico. En la encuesta realizada por Sapir y sus colaboradores a 103 pacientes del Hospital de Día de Oncología del Shaare Zedek Medical Center acerca de las aptitudes en comunicación del personal médico y de enfermería a la hora de dar cualquier tipo de información, hasta el 36% de los pacientes que en realidad estaban en progresión de enfermedad, consideraba que su enfermedad estaba estable o en remisión, que la información que poseía acerca de su enfermedad era suficiente aunque no siempre clara y que confiaba en las decisiones del clínico, aunque hasta el 42% de los pacientes solicitaba una segunda opinión.

Aunque la información de que disponemos en la literatura hace referencia a los datos transmitidos por el clínico y la impresión que generan en el paciente y/o familia; generalmente, y dado

que la comunicación es un hecho interactivo, el comportamiento y la conducta del paciente y su entorno produce una respuesta inmediata en el clínico a la hora de transmitir la información; las respuestas verbales y no verbales del paciente (asertivas, de incredulidad, etc.) modificarán el lenguaje empleado, las formas y la manera de transmitir la información por parte del clínico. Por ejemplo, el estudio realizado por Friedrichen demuestra la importancia que tiene la expresión verbal empleada por el clínico a la hora de transmitir información al paciente, así en los 30 pacientes estudiados cuando la información es adecuada al nivel cultural del paciente, su actitud es receptiva facilitando la comunicación entre ambos, sin embargo cuando la información es percibida como amenazadora, ambigua o desalentadora por no entender su significado, la actitud del receptor cambia y puede dificultar la comunicación entre ambos generando malentendidos y desconfianza.

Por tanto, los clínicos deberemos administrar la información siempre al mismo interlocutor de forma individualizada y conjunta, en ambiente acogedor, coherente y actualizada, preventiva, comprensiblemente y siempre confirmada, teniendo en cuenta que hasta en el 40-50% de los casos se olvidarán o no recordarán la mayoría de la información recibida y habrá que repetir la misma en otro momento. Los servicios de información telefónica dirigidos a la atención de los pacientes oncológicos, como el BACUP británico, reciben cientos de llamadas de pacientes y familiares, y hasta el 11% necesita que le aclaren la información que ha recibido de su médico y hasta un 10% desea recibir más información pronóstica.

El déficit en comunicación se traduce en malentendidos y desconocimiento sobre la naturaleza, curso evolutivo y gravedad de la enfermedad del paciente; y en la calidad en la toma de decisiones a cerca del curso del tratamiento del paciente. Entre los estudios a cerca del impacto de la comunicación en la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido, destaca el de Liang 7, con 613 mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales, donde se demuestra que aquellas mujeres, mejor informadas o conocedoras de todas las opciones de tratamiento (cirugía conservadora, radioterapia, etc.) e involucradas en el proceso y toma de decisión (OR = 2.46; 95% CI, 1.29 to 4.70), presentan mayor grado de satisfacción con el tratamiento recibido y con el cirujano (OR = 2.13; 95% CI, 1.17 to 3.85).

La mala comunicación incrementa el uso de tratamientos innecesarios y medicinas alternativas o complementarias, como se refleja entre las 551 mujeres con cáncer de mama entrevistadas en Oregon por el grupo de Henderson y colaboradores, donde hasta dos terceras partes empleaban algún tipo de tratamiento alternativo o complementario durante el tratamiento, en la mayor parte de los casos sin conocimiento o recomendación de su oncólogo, y con la inten-

ción de reducir el estrés, potenciar el sistema inmune o tener mayor autocontrol; lo que no deja de tener repercusiones en la práctica clínica, posibles interacciones medicamentosas con los tratamientos antineoplásicos, reacciones adversas y/o toxicidades.

Así mismo, se ha asociado a un peor control de síntomas, sobre todo a un manejo inadecuado del dolor, lo que conlleva a mermar la calidad de vida de nuestros pacientes. En el estudio realizado por Berry ⁹ se grabaron 84 visitas recibidas por 17 oncólogos de pacientes con cánceres de próstata y de cabeza y cuello que habían referido dolor en la semana previa o que estaban siendo tratados con analgésicos, y se observó que más de la mitad del tiempo de la entrevista era el clínico el que hablaba y dirigía la conversación, llegando a interrumpir al paciente hasta en el 55% de los casos mientras trataba de explicar su vivencia personal o de contestar a una pregunta; y hasta en el 90% de los casos se recogía o interrogaba acerca de los efectos adversos de la medicación; por lo que concluyen que los clínicos dirigen la entrevista, que atienden a los efectos secundarios de la medicación prescrita pero que fallan a la hora de prestar atención a cerca de las experiencias personales del paciente y su dolor y del compromiso en su calidad de vida. Por ejemplo, cuando existe una buena comunicación y relación médico enfermo, aumenta la adherencia a los tratamientos, como demostraron Miaskowski y colaboradores en el estudio realizado en 2001, que ocurre con los analgésicos, donde las tasas de cumplimentación pasan del 22% a un 91%.

Además se ha documentado que las deficiencias y dificultades en la comunicación impiden el reclutamiento de pacientes en ensayos clínicos; de acuerdo con el estudio de Benson ¹⁰, menos de un 3% del total de pacientes participan en ensayos clínicos por las dificultades que entraña su reclutamiento: el 87% de los médicos encuestados consideran difícil obtener el consentimiento informado tras una adecuada explicación del protocolo; dado que los ensayos clínicos representan en muchas ocasiones la mejor opción de tratamiento de nuestros pacientes, un reclutamiento inadecuado retrasa la introducción y desarrollo de nuevas drogas o técnicas, lo que se traduce de forma indirecta en un detrimento en la supervivencia de nuestros pacientes.

Otro efecto adverso importante de la mala comunicación, son las secuelas psico-sociales descritas en los pacientes y familiares, tales como la incomprensión, la ansiedad, la depresión, la desesperanza, el mal ajuste psicológico y la reducción en la calidad de vida. Según el estudio de Schofield ¹¹, los pacientes cuyo médico informaba acerca de la gravedad de la enfermedad experimentaban altos niveles de satisfacción en comparación con aquellos pacientes a los que se les omitía cualquier información pronóstica (77% vs. 22%, $p < 0.00001$); y de la misma

forma presentaba menor nivel de ansiedad y depresión aquellos pacientes que recibían información sobre la calidad de vida esperable durante el curso de su enfermedad.

2. El Coste de la Mala Comunicación

2.1. Sobre el Paciente

El cáncer, tanto cuando es curable como cuando no lo es, provoca un intenso estrés..., un estrés sobreañadido a los normales y cotidianos problemas de la vida. Para manejar con efectividad la situación, hay una gran demanda de ajustes por parte del paciente y su unidad familiar que trastocan la normalidad diaria de todos los afectados. Se alteran las funciones personales a todos los niveles: laboral, marital, familiar, económico, social y sexual, dando lugar a conflictos que necesitan ser resueltos. La incertidumbre, el miedo y la ausencia de expresión de sentimientos hacen que los pacientes y sus familiares estén ansiosos y sometidos a gran estrés. La persona desea conocer y saber a cerca de su enfermedad para poder controlar su vida, aclarar situaciones, resolver conflictos, terminar proyectos, dictar voluntades, disculparse e incluso despedirse en determinadas ocasiones; por lo que un buen manejo de la información por parte del clínico así como destreza y habilidad en comunicación, son fundamentales para ganar la confianza del paciente y poder así tomar decisiones conjuntas, apropiadas y correctas en cada momento del curso evolutivo de su enfermedad.

Ashbury y colaboradores, en un estudio realizado en 1998, confirmaron que los conflictos emocionales no resueltos estaban asociados hasta con cinco veces más frecuentación a consultas, dos veces más visitas a los servicios de urgencia, mayor uso de medicinas alternativas, así como mayor número de terceras y cuartas líneas de quimioterapia. A pesar, de la enorme prevalencia del distrés en nuestros pacientes y el potencial incremento de costes de su no atención, todavía no es un fenómeno universal que los servicios de Oncología puedan atender psico-emocionalmente al paciente.

En el meta-análisis de Chiles¹², realizado con 91 estudios de análisis de costes relacionados con la intervención psicológica en pacientes con distintas enfermedades -cáncer y no cáncer-, los autores concluyen que existe un 90% de reducción significativa en costes de utilización de servicios médicos, lo que supondría un ahorro efectivo en los costes globales de atención. En el caso concreto del paciente oncológico, según el estudio canadiense de Simpson¹³, existe un 20% de ahorro a los 2 años de seguimiento en costes, en aquellas mujeres con cáncer de mama que recibían intervención psicológica en comparación con aquellas que no; siendo el primer estudio que considerando de forma específica la dimensión psico-social de la enfermedad, demostró una disminución significativa en costes, entendiéndose como tal la necesidad de realizar menor número de

visitas al hospital, la disminución en la solicitud de técnicas y exploraciones complementarias por parte del clínico, menores tratamientos y procedimientos médicos y menor número de ingresos hospitalarios cuando existe una apropiada intervención psicoterapéutica.

Las deficiencias en comunicación se asocian con decisiones más agresivas o fútiles en los pacientes con estadios avanzados de la enfermedad tumoral y en las decisiones finales de la vida, de manera que existen costes elevados derivados de tratamientos (terceras y cuartas líneas de quimioterapia, uso de factores estimulantes de colonias, eritropoyetina...) y de unidades de cuidados intensivos, etc. La atención integral del paciente oncológico, presente desde el mismo momento del diagnóstico, pero con especial énfasis en las fases avanzadas y terminales, representa un componente esencial y prioritario en el tratamiento del cáncer. El control de los síntomas es una parcela fundamental de nuestro quehacer, no solo como una exigencia ética, sino porque supone un claro factor pronóstico en nuestros enfermos, establecer una buena comunicación médico-enfermo facilitará esta labor.

Es necesario, por tanto, el entrenamiento de los clínicos en comunicación para dar malas noticias e información pronóstica y facilitar, de esta manera, el tránsito a los cuidados paliativos exclusivos al final de la enfermedad del paciente que sin duda disminuirán su sufrimiento por menor frecuentación hospitalaria, menor complejidad de tratamientos, no realización de exploraciones complementarias innecesarias y manejo del control de síntomas en los diferentes escenarios donde transcurre la enfermedad.

Guest¹⁴ publicó en 2005 los resultados del estudio llevado a cabo por el UK's National Health Service consistente en analizar los costes derivados de la atención de 547 pacientes con cáncer desde el momento en que iniciaban una terapia analgésica con opioides hasta su muerte. Así determinaron que los costes derivados en cuidados paliativos varían según los diferentes tipos de cáncer oscilando entre las £1816 de los pacientes afectados por un cáncer colorrectal y las £4789 de las pacientes con cáncer de ovario, sin existir diferencias en relación con la duración de los cuidados paliativos. Los principales costes derivaban de la hospitalización entre un 35-77% del total del coste, seguido de las consultas hospitalarias con un 6-15% del total y de las visitas de unidades a domicilio con un 7-17% del total. De forma adicional, observaron que el coste derivado en analgésicos opioides suponía entre el 6-13% del total, mientras que otros fármacos suponen entre el 5-21% dependiendo del tipo de cáncer.

El estudio realizado por el Centre Léon Bérard en Lyon (Francia) evaluó el coste de los programas de hospitalización domiciliaria y su impacto en el gasto sanitario del Sistema de Salud Pública Francés, determinando que el coste medio empleado por la hospitalización en domici-

lio era significativamente menor que el tratamiento en el hospital (776.7€ vs. 2012€, $p < 0.001$), siendo particularmente mayor en los pacientes en cuidados paliativos (1201.7€ vs. 3489.7€, $p < 0.001$), por lo que concluyen que las alternativas a la hospitalización generan un ahorro sustancial en el gasto sanitario y dado que la comunicación forma una parte fundamental en estas unidades contribuye a la disminución de los costes¹⁵.

2.2. Sobre el Clínico y el Sistema

La demanda emocional que exige el cuidado de pacientes oncológicos a sus profesionales y cuidadores, requiere que se establezca una buena relación médico-paciente donde la comunicación debe ser el pilar básico para poder tomar decisiones que en muchas ocasiones no serán tarea fácil. Se han realizado estudios acerca de la prevalencia en Oncología del Síndrome del "burn out" y de sus posibles causas, los datos obtenidos demuestran que existe una mayor frecuencia de "burn out" entre los profesionales de Oncología y sus cuidados paliativos en comparación con el staff a cargo del tratamiento paliativo de pacientes con SIDA; entre las causas más importantes relacionadas con este síndrome se encontraron: el tiempo insuficiente dedicado por paciente y el sentimiento de fracaso profesional seguido de las dificultades en el manejo multidisciplinar de los mismos.

Los problemas en comunicación entre médico-paciente ven comprometidas y merman, en ocasiones, las relaciones entre los distintos miembros del staff, cuando el paciente y/o familia recibe información del interlocutor no habitual creando confusiones y desconfianzas. La información debe ser administrada siempre por el mismo médico y al mismo interlocutor para evitar malentendidos y facilitar así la toma de decisiones y aumentar la adherencia a los tratamientos.

Así pues, aunque cuantificar los efectos indirectos de la mala comunicación sobre el sistema sea difícil, los datos preliminares sugieren que la mala comunicación está implicada en un gran número de problemas asociados con la competencia, satisfacción y efectividad individual y colectiva de los clínicos; con la eficiencia de las intervenciones en los cuidados de nuestros pacientes; y con la óptima colaboración y cooperación entre los miembros del equipo, lo que tiene su impacto en la calidad de atención del paciente y por tanto genera un coste adicional al sistema.

CONCLUSIONES

La toma de decisiones en el sistema sanitario debe guiarse principalmente por la eficacia, la seguridad y la efectividad clínica.

La evaluación económica de las intervenciones sanitarias, es decir, el cálculo de la eficiencia de una opción terapéutica y su comparación con otras alternativas, con el fin de seleccionar aquella con una relación coste y beneficio más favorable, permite la toma de las decisiones más acertadas en función siempre del nivel de recursos disponibles; compara consecuencias y costes, determinado así la conveniencia de realizar una intervención sanitaria.

Las consecuencias negativas de la mala comunicación son sustanciales y generan un coste económico, social, psicológico y emocional adicional al paciente y su entorno, al clínico y su equipo, al sistema sanitario y por ende a toda la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thorne SE, Bultz BD, Baile WF; SCRN Communication team is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psychooncology*. 2005;14:875-84
2. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C; SCRN Communication team: A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psychooncology*. 2005;14:801-9
3. Camps C, Blasco A, Berrocal A. Los Cuidados Continuos: Terapia de soporte y cuidados paliativos. En: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Sociedad Española Oncología Médica, 2004
4. Prieto L, Sacristán JA, Antoñanzas F, Rubio-Terrés C, Pinto JL, Rovira J. Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. *Med Clin* 2004; 122:505-10
5. Rubio-Cebrián S, Rubio-Terrés C, eds. Fundamento teóricos del análisis Farmacoecológico. Wyeth-Orfi, 1999.
6. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
7. Liang W, Burnett CB, Rowland JH, Meropol NJ, Eggert L, Hwang Y-T, Silliman RA, Weeks JC, Mandelblatt JS. Communication between physicians and older women with localized breast cancer: Implications for treatment and patient satisfaction. *J Clin Oncol* 2002; 20:1008-16.
8. Henderson JW, Donatelle RJ. Complementary and alternative medicine use by women after completion of allopathic treatment for breast cancer. *Altern Ther Health Med* 2004; 10:52-7.
9. Berry Dj, Wilkie DJ, Thomas CR Jr, Fortner P. Clinicians communicating with patients experiencing cancer pain. *Cancer Invest* 2003; 21:374-81.
10. Benson AB III, Pregler JP, Bean JA, Rodemaker AW, Eshler B, Anderson K. Oncologists' reluctance to accrue patients onto clinical trials: An Illinois Cancer Center Study. *J Clin Oncol* 1991; 9:2067-75
11. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology* 2003;14:48-65

12. Chiles J, Lambert M, Hatch A. The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clin Psychol: Sci Pract* 1999; 6:204–20
13. Simpson JSA, Carlson LE, Trew ME. Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Pract* 2001; 9:19–26
14. Guest JF, Ruiz FJ, Greener MJ, Trotman IF. Palliative care treatment patterns and associated cost of healthcare resource use for specific advanced cancer patients in the UK. *Eur J Cancer Care*, 2006;15:65-73.
15. Remonnay R, Devaux Y, Chvetzoff G, Morelle M, Carrere MO. Cancer treatment at home or in hospital: what are the costs for French public health insurance? Findings of a comprehensive cancer center. *Health Policy* 2005; 72:141-8