



## AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 2 – Primavera 1995

### El problema de las decisiones en oncología

*José Expósito Hernández (1)*

*El autor analiza los distintos factores que pueden determinar y conformar las decisiones que toma el médico oncólogo en su práctica.*

*Muestra una imagen del médico inmerso en tensiones y condicionantes a los que suele prestar poca atención y esfuerzo de análisis.*

*Como consecuencia de estos datos, el autor propone variaciones en la tarea médica, tanto de orden metodológico como conceptual, sugiriendo aperturas a conocimientos de carácter psicosocial.*

#### 1. Introducción

El cáncer supone uno de los problemas sanitarios más importante en los momentos actuales, al que consecuentemente la sociedad dedica esfuerzos considerables. Como en otros casos de similar trascendencia, su cuantificación resulta compleja (información difícil de adquirir e interpretar). Y sin embargo, una evaluación de los resultados exige un riguroso análisis de los datos de que disponemos. Si nos atenemos a las cifras de mortalidad que provoca, corregida por el tamaño de la población y por la edad (indicador adecuado cuando se analiza su comportamiento a lo largo del tiempo) (1), los éxitos terapéuticos han sido bastantes escasos: en datos referidos a EE.UU., existe un moderado y constante aumento en la mortalidad por cáncer entre los años 62 y 82, cuando se incluyen todos los grupos de edad. En nuestro país las tasas específicas por edad son ascendentes a medida que

---

<sup>1</sup>José Expósito Hernández es médico oncólogo. jefe de Sección de Oncología Radioterápica. Servicio de Oncología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Este escrito se ha visto mejorado de forma sustancial con las aportaciones de A. Fernández, A. Távora y E. Murillo, a quienes agradezco la paciencia. A Leonor Cáceres le quedo muy agradecido por la elaboración del manuscrito.

avanzamos en los grupos de edad, y el índice incidencia/mortalidad permanece estacionado desde varias décadas (2). La población infantil es la única que registra cifras incuestionables de descenso en la mortalidad (3), al igual que ciertos tumores del adulto poco frecuentes (linfomas, testículo, enfermedad trofoblástica...).

Resulta de todo ello una considerable desproporción entre la inversión que la sociedad hace para luchar contra la enfermedad en sus múltiples facetas, y los resultados que se derivan. El análisis de todas las causas que originan este desajuste puede resultar prolijo y queda fuera de nuestro objetivo: existen dificultades que se relacionan con la propia complejidad de la biología tumoral y su variado comportamiento. Las causas evitables del cáncer que se cifran en torno al 60-70% de los casos no son tenidas adecuadamente en cuenta por la sociedad y los gobiernos que se resisten a cambiar ciertos hábitos de vida (4). En competencia con lo anterior, nuestro análisis nos lleva a evaluar la parte de responsabilidad que como profesionales sanitarios tenemos, habida cuenta de la gran autonomía de que disponemos para definir las estrategias contra la enfermedad, al menos en su fase terapéutica.

El manejo del paciente con cáncer se acompaña de la adopción constante de decisiones sobre las alternativas posibles en cada momento. Todas estas decisiones se producen como consecuencia de la interacción entre las *evidencias científicamente asumibles* de que disponemos y una serie de *tensiones o condicionantes* de variada índole. Esta confrontación no produce siempre los mismos resultados y así se explica cómo un mismo tratamiento o un test diagnóstico puede llegar a utilizarse de forma muy desigual por distintos grupos de trabajo.

Nuestra capacidad para cambiar o no el curso de la enfermedad depende de que estas decisiones sean o no las correctas en cada momento. Subrayar este hecho es abundar en la complejidad del problema al que añadimos nuevas variables (controlables o no) y asumir que nosotros estamos *dentro* de esta abigarrada situación. Las incertidumbres que gobiernan muchas de nuestras decisiones merecen ser cuantificadas si queremos dar a nuestra práctica un sentido más real de utilidad.

El presente trabajo, fruto de la reflexión sobre la experiencia clínica, tiene como finalidad ayudar al análisis de una metodología que nos permita progresar en este sentido.

## **2. Tratamientos oncológicos**

Los clínicos nos hemos acostumbrado a distinguir entre tratamientos curativos, paliativos y medidas de soporte, aún siendo conscientes de que la separación de estos conceptos no siempre es nítida. Así, una vez diagnosticado un enfermo como portador de un proceso canceroso generalmente se le ofrece un tratamiento cuya intención es erradicar la enfermedad, y que casi siempre contempla la conjunción de una medida radical (aunque conservadora de la función en ocasiones) a la que sigue cada vez con más frecuencia un tratamiento adyuvante de radio, quimio, hormonoterapia o una combinación de ellas. Una

recaída de la enfermedad puede obligarnos a un nuevo curso de tratamiento (radical más adyuvante) caso de existir posibilidades de rescate para el paciente, o proporcionar un tratamiento que denominamos paliativo y cuya finalidad no es alcanzar la curación sino aminorar los síntomas del proceso. Esta misma es la filosofía del tratamiento que aplicamos a aquellos pacientes que ya de inicio traen una situación para la que no disponemos de medidas suficientemente eficaces. Utilizamos además una gran variedad de medidas tendentes a servir de soporte al paciente para proporcionarle una mejor recuperación de los efectos tóxicos de los tratamientos específicos, o un mejor manejo de los síntomas del enfermo avanzado.

En la mayoría de los centros estas prácticas han dado lugar a la elaboración de múltiples *protocolos de estudio y tratamiento*, gracias a los cuales disponemos de guías válidas para la mayoría de las situaciones que pueden incluirse bajo la denominación de estándar. Nos permiten además tener un lenguaje para comunicar nuestras experiencias y resultados. Desafortunadamente se presentan a diario ocasiones en las que carecemos de protocolo o en las que no podemos aplicar los disponibles. En tales casos las posibilidades de que actuemos siguiendo criterios arbitrarios o subjetivos son muy elevadas. Una salida, llamémosle de calidad, frente a esta situación, consiste en el diseño de ensayos clínicos controlados (5). En cambio, la salida más frecuente, hace que nos decidamos por el empleo de un tratamiento de eficacia no suficientemente probada, pero que sin embargo nos resulta razonable o apropiado para en ese caso concreto, aún sin desconocer que su evaluación será difícil o poco rigurosa. En menos ocasiones renunciamos a ofrecer algún tratamiento específico y nos decantamos finalmente hacia medidas de apoyo o sintomáticas.

Por motivos que posteriormente tendremos ocasión de comentar, la literatura especializada ha ido en los últimos años llenándose de conceptos como calidad de vida, coste/beneficio, coste/eficacia, consideraciones éticas, etc. (6). Una primera lectura podría representar la reflexión de los propios profesionales (sanitarios o no) acerca de nuestras propias actuaciones y sus resultados en una sociedad compleja y desigual (sociedad del bienestar que convive con bolsas de pobreza).

### **3. Los componentes de las decisiones en oncología**

El progreso en el control del cáncer resulta tremendamente laborioso y, salvo determinados hitos de más o menos rápida aplicación, a la altura de los conocimientos en que nos encontramos, no son previsibles mejoras espectaculares en los índices terapéuticos en presencia de una enfermedad en fase clínica (ganancias del 2 al 5 por 100 en la supervivencia) (7). Ante un paciente concreto, nuestra manera de operar se inicia con la adopción de un primer tratamiento que consideramos válido. A él llegamos a través de los datos que nos han proporcionado las series históricas de pacientes con similar situación clínica, o bien a través del proceloso camino que va desde la investigación básica al estándar terapéutico (gold standard). Dicho proceso lleva implícito, desde una correcta metodología, enfrentar una opción que se ha mostrado válida pero que nos resulta insuficiente, con una

nueva de la que esperamos una mejoría objetiva en los resultados, medida, según los casos, como aumento del intervalo libre de enfermedad, la supervivencia, el tiempo libre de síntomas, etc.

### 3.a. Las evidencias científicas en nuestras decisiones

Cuando el conjunto de datos disponibles nos hace valorar positivamente un nuevo tratamiento, lo consideraremos el tratamiento estándar; cuando esta mejoría es especialmente remarcable en términos cuantitativos, probablemente se adoptará como el idóneo durante bastante tiempo. Si, por el contrario, ésta no parece suficiente, pronto se intentará un nuevo "enfrentamiento", reproduciéndose la cadena.

Denominamos *evidencia científica* a la situación definida por la existencia de suficientes datos como para que la comunidad científica encuentre suficientemente probado un determinado hecho (el tratamiento A es mejor que el tratamiento B y debe ser utilizado en todos los casos). Sin embargo, si revisamos los párrafos anteriores, es posible que distingamos varios niveles susceptibles de incorporar errores. Estos tienen que ver, entre otros, con:

- **Problemas metodológicos.** La utilización de series históricas como brazo control en nuestras observaciones encierran considerables objeciones metodológicas (8). La comprobación de dichos resultados en nuestro medio suele hacerse de forma parcial, asumiéndose la validez externa de los mismos. Así, por ejemplo, resulta habitual importar técnicas quirúrgicas pretendidamente buenas, y considerar, de entrada, idénticas posibilidades de éxito con independencia del aprendizaje necesario y, en su caso, los medios reales a nuestro alcance. Este hecho cobra especial relevancia frente a técnicas verdaderamente sofisticadas en las que se precisan amplios equipos multidisciplinares (trasplante de médula, grandes cirugías...). Nos referimos tanto a la reproductibilidad de los resultados (9) como al uso de tratamientos que han sido validados *exclusivamente* por el hecho de ser utilizados.

Son, sin embargo, mucho más frecuentes los errores en la adopción de tratamientos estándar que provienen de la investigación clínica. Los imperativos metodológicos son aquí más rígidos y, por tanto, más vulnerables, sobretodo en referencia al tamaño muestral y a la medida de las propias variables cuyo comportamiento pretendemos estudiar. Se precisa reunir una gran cantidad de pacientes para poner de manifiesto ligeras mejoras de los resultados (10) como los que razonablemente cabe esperar (<sup>2</sup>), habitualmente requieren además prolongados periodos de observación. *Ello justifica la actitud general de dar*

---

<sup>2</sup> La mejora introducida por el uso de Tamoxifeno en el cáncer de mama en pacientes postmenopáusicas se cifra en un 7%, considerándose unos de los mejores resultados obtenidos desde la introducción de la mastectomía radical. Para llegar a esta conclusión han sido necesarias más de 3000 pacientes seguidas durante más de 10 años (11).

*respuesta a problemas marginales poco relevantes o de poco impacto, pero plausibles metodológicamente* (<sup>3</sup>).

- **Problemas no metodológicos.** Existen dificultades no estrictamente metodológicas que se presentan en relación a la evidencia que sustenta nuestras decisiones. Por ejemplo, los umbrales de exigencia con que estamos dispuestos a aceptar los datos de que disponemos son poco rígidos y se modifican ante situaciones clínicas de especial gravedad o frecuencia. Coincide que, en tales casos, los propios datos muestran poca consistencia desde un punto de vista metodológico (13). Cuando la mejora que se pretende introducir atiende a casos que nos preocupan especialmente (pacientes jóvenes, por ejemplo), es frecuente que se adopte como tratamiento estándar, incluso obviando las fases de comprobación (ensayos randomizados) y sin introducir criterios de utilidad (punto de vista del paciente) (14).

El uso extendido de una determinada aproximación terapéutica hace que en la práctica se confunda el tratamiento considerado estándar con lo que debiera ser un tratamiento estrictamente de ensayo. En nuestro medio, donde el paciente carece de una adecuada información de su enfermedad (15), el uso del consentimiento informado no siempre se da, con lo que se facilita esta confusión. Este hecho es más preocupante si se piensa en la cada vez más dispersa atención al paciente oncológico en nuestros hospitales, en los que existen muchos Servicios que tratan a estos enfermos. Los intereses de los pacientes pueden chocar con una mal entendida libre prescripción de los médicos, sin que existan en este momento mecanismos válidos para obviar este problema. Han aparecido numerosas comunicaciones que avalan lo que decimos: quimioterapia neoadyuvante en cabeza, cuello y vejiga, tratamientos de cáncer de pulmón (16, 17, 18).

Resulta muy frecuente encontrarnos con situaciones en las que carecemos de una regla precisa de tratamiento, y en ellas, generalmente, el peso de unos pobres resultados nos resulta aún más inquietante. Como ya mencionamos, en tales casos nuestra práctica se hace más débil. Cuando no estamos en condiciones de responder mediante un ensayo clínico, nos inclinamos por un tratamiento que en esa situación nos resulta adecuado. Con frecuencia ignoramos que la peor opción que podemos ofrecer a un paciente concreto es aquella que sólo va a poder ser evaluada con criterios subjetivos por nuestra parte, y que por tanto, contribuirá muy escasamente a esclarecer los verdaderos beneficios del tratamiento (19) (<sup>4</sup>).

---

<sup>3</sup> En 1981 fueron listados más de 1574 ensayos en fase II-III por el Instituto de Cáncer de EEUU que estaban siendo llevados a cabo en ese período (12). El número de ellos que tendrán relevancia clínica es inferior al 5%.

<sup>4</sup> La idea de que si el paciente responde al tratamiento tendrá una más larga supervivencia, tan habitual en estas circunstancias no deja de ser una simple sobrevaloración de los resultados al no tener en cuenta el tiempo real en que se alcanza la respuesta (20).

Podemos, pues, hacer evidencias científicas lo que son en realidad conjeturas científicas, y consecuentemente, convertir en tratamiento estándar lo que son en realidad tratamientos de eficacia no probada. La situación paradigmática de lo que venimos diciendo, queda reflejada en lo que podríamos denominar tratamientos blandos o de soporte. Se trata en general de medidas no antitumorales en sentido estricto pero que se asocian casi por sistema a los tratamientos oncológicos y que vienen avaladas por su escasa toxicidad. Precisamente por ello, por el escaso peso de los efectos indeseables, su uso es cada vez más extendido: inmunomoduladores, analgésicos, bioestimulantes, antieméticos, factores de crecimiento etc... son de uso por todos aprobados sin que, en ocasiones, su utilidad haya sido contrastada. Volveremos sobre ello al analizar las implicaciones económicas de nuestras decisiones, así como las demandas sociales de aumento en la calidad de vida.

### **3.b. Tensiones o condicionantes en nuestras decisiones**

No tomamos decisiones en oncología sólo porque disponemos de evidencias que consideramos ciertas. El final del proceso decisorio es el resultado de la confrontación entre ésta y una serie de tensiones, algunas más manifiestas que otras, que con fines exclusivamente operativos vamos a dividir en científicas, culturales, económicas y personales. Muchos elementos de esta parcelación un tanto arbitraria se solapan en la práctica.

- **Tensiones científicas.** Nuestra práctica sanitaria ha de entenderse en el contexto de una determinada concepción de la Ciencia. Esta determinación se canaliza a través de la formación que recibimos y dan como resultado *una definida corriente de pensamiento*, y es de acuerdo con ella que intentamos dar respuestas a una serie de preguntas científicas, y obviamente, no a otras. Utilizamos para ello una metodología y rechazamos otras. Nuestra formación se desarrolla además en un contexto histórico y cultural concreto en los que los avances en una dirección no ocurren porque sí. Fleck describe este hecho elocuentemente a propósito de la sífilis al señalar cómo el test de Wasserman supuso además de un método para diagnosticar la enfermedad, la prueba de la *sangre corrupta* del sifilítico, en consonancia con una moral recriminadora de las conductas sexuales consideradas desviadas (21).

La priorización de las preguntas ante los hechos que desconocemos se ordena de forma coherente con esta corriente de pensamiento. Ello explica nuestra especial reticencia a cambiar, por ejemplo, tratamientos que se han mostrado claramente desfasados o ineficaces (por ejemplo mastectomía frente a tratamiento conservador del cáncer de mama), o la insistencia no justificada en determinadas líneas de quimioterápicos (mono frente a poliquimioterapia, dosis altas frente a bajas). Aún sabiendo la verdadera magnitud y relación tabaco-cáncer de pulmón, y con independencia de otros factores no estrictamente sanitarios, las pruebas deberán esperar hasta que nuestro interés pase a posiciones más salubristas.

Estas líneas de pensamiento se perpetúan a través de la *fabricación y gran proliferación de círculos de difusión científica* (revistas de diferentes ámbitos, monografías, resúmenes de congresos...) *así como por el desarrollo de verdaderos incentivos pseudo-científicos* (comunicaciones, pagos por ciertas investigaciones, asistencia a congresos...). Ambos mecanismos se relacionan estrechamente y dan como resultado, de una parte, que nuestras investigaciones clínicas se dirijan hacia problemas o aspectos de problemas manifiestamente secundarios por su magnitud. En segundo lugar, a considerar la investigación como un fin en sí mismo, alejada en términos reales de su objetivo inicial (responder a una determinada pregunta) <sup>(5)</sup>. Una última consecuencia es nuestra escasa dedicación a investigar sobre los resultados que producimos con nuestras estrategias. Una reciente revisión de la literatura publicada por grupos de trabajo españoles mostraba una proporción inversa entre los tumores más investigados en nuestro medio y la morbimortalidad de los mismos. A la luz de estos datos, no parece existir, una clara relación entre problemas sanitarios y el objeto de nuestra investigación (22).

En resumen, nuestra formación configura un sistema de pensamiento desde el que se generan ciertas hipótesis e intereses (y no otros). Esta corriente se perpetúa y extiende a través de círculos de difusión bien definidos. El incentivo pseudocientífico de aumentar nuestro curriculum abunda en ese sentido y condiciona en cierta manera nuestras decisiones que intentarán adaptarse más a nuestros intereses que a los de los pacientes (23).

- **Tensiones o condicionantes económicos.** Las motivaciones de tipo económico están ineludiblemente presentes en la mayoría de nuestras decisiones, aunque no siempre estemos dispuestos a aceptarlo. Como médicos, somos los responsables directos de un elevado porcentaje del gasto del PIB de cualquier Estado (el 10% en el caso de España), consumiendo a través de nuestras decisiones, importantes cantidades de bienes y recursos (23). El problema del cáncer resulta de especial relevancia dado que en torno a él, su diagnóstico y su tratamiento, se desarrolla una gran parte de la tecnología sanitaria que después será aplicada en otras áreas de la Medicina, como lo demuestra por ejemplo, los avances en el diagnóstico por imagen (tomografía axial, resonancia nuclear magnética, medicina nuclear). Al ser, además, una patología de elevada morbimortalidad, sufre con menos rigor las restricciones económicas impuestas en otras áreas. Existe, por ejemplo, en la mayoría de las Comunidades Autónomas, planes especiales para su atención, cuyo desarrollo ha seguido desigual fortuna.

La situación del médico es especial en este contexto, debido a su capacidad de generar e inducir una cierta demanda en los pacientes, los cuales desconocen sus propias necesidades a la hora de consumir servicios de los que esperan una mejora en su salud. Aun

---

5 Las páginas de las revistas especializadas están llenas de resultados que abundan en la retórica del método de investigación como objetivo final: el método cuyo resultado es mejorar un método previo que fue a su vez el resultado de una mejora anterior. La investigación radiobiológica es bastante demostrativa de lo que estamos diciendo si intentamos relacionar la ingente cantidad de literatura al uso con los cambios prácticos alcanzados en los últimos años.

en el caso de un total conocimiento del diagnóstico por parte del enfermo con cáncer, siempre existirá una desigual información a favor del médico, cuyas indicaciones no pueden ser discutidas (aunque sí rechazadas) por el enfermo. Dada la condición social del médico en nuestro medio, si podemos influir positivamente en la prevención del cáncer de mama, podemos también hacer aumentar la necesidad de la población en demandas de atención o en el consumo de un determinado medicamento. Al contrario a lo que cabría esperar, estamos secularmente separados de la definición de políticas sanitarias, así como del control del gasto que generamos, como si de hecho pudiera entenderse cualquier intento de racionalización en materia de salud separado de una modificación sustancial en nuestras decisiones cotidianas (24).

Sin que pueda atribuírsele el origen de todos los males, resulta claro el papel que la *industria farmacéutica*, entendida en su sentido más amplio, tiene de hecho a la hora de condicionar las decisiones en oncología. Como señala acertadamente V. Ortún: "Entre las alternativas de intervención que pudiera tener un problema sanitario, recibe mayor atención investigadora aquella que resulte más susceptible de ser comercializada, siendo rechazadas aquellas que menos inversiones rentables sean capaces de generar o que más puedan cuestionar la organización social" (25).

Aunque conocemos el ánimo lucrativo de la industria farmacéutica, admitimos con facilidad que sus esfuerzos en investigación son responsables de una parte sustancial del desarrollo de la oncología. Sin embargo, hemos así mismo de reconocer, que la información sobre la que basamos nuestras decisiones (incluso algunas de nuestras evidencias) son el producto sesgado de muchas de las líneas desarrolladas por ella. Nuestra práctica clínica puede convertirse en el aliado perfecto de estos tipos de intereses, en muchos casos alejados de los del propio paciente, en la medida en que de forma acrítica asumimos estas influencias (6).

El círculo de las presiones económicas se cierra sobre nuestras decisiones diarias: 1) la industria nos proporciona una gran parte de nuestro arsenal terapéutico; 2) nosotros somos capaces de incluir la demanda de ciertos bienes sanitarios sin control riguroso sobre el gasto que ello ocasiona, recibiendo incentivos que no son capaces de proporcionarnos nuestras propias instituciones o nuestro propio trabajo (congresos-permios, ascenso social...); 3) La presión social se alía en este sentido al hacer de los medicamentos un objeto más de consumo. Los datos sobre ensayos clínicos en España demuestran... "que se eligen los campos de investigación según las previsiones de consumo" (26)(7).

---

<sup>6</sup> En un hecho que la mayoría de los ensayos que hoy estamos llevando a cabo han sido suscitados por la propia industria y más de la mitad de los que son rechazados por el propio Ministerio de Sanidad lo son debido a la falta de datos relevantes que dichas investigaciones proporcionarían (26).

<sup>7</sup> Tras un rico período de investigación farmacológica que tuvo su fruto en el uso generalizado de las antraciclinas o del cisplatino, hemos asistido a una vertiginosa expansión de la inmunología aplicada al campo terapéutico. El resultado ha sido, de una parte, la introducción de la ingeniería genética y la biología molecular al campo de la producción de medicamentos, y de otra, la presencia de múltiples agentes de variado mecanismo de acción. Aunque los resultados son aún preliminares, cabe señalar que salvo excepciones, (como la leucemia de células peludas) resultan pobres y, sobre todo, caros.

- **Tensiones o condicionamientos socioculturales.** A pesar de que una lectura objetiva de los verdaderos éxitos conseguidos por los tratamientos médicos para modificar el curso de la enfermedad deberían situarnos en posiciones escépticas (27), lo cierto es que los sanitarios participamos complacientes en el círculo de la actuación segura, mediante la cual definimos nuestra actitud frente a la salud centrada en la curación-medicalización más que en la atención. Frente al cáncer, la sociedad se muestra de forma ambigua. De una parte, es capaz de asumir grandes sacrificios (mutilaciones, morbilidad...) en condiciones de salud precaria para conseguir mejoras discretas pero necesarias (años de vida e incluso meses). En consecuencia, y en modo creciente con el desarrollo de la sociedad, se nos reclama que actuemos: *la tendencia a tratar y ser tratadas* a la que alude Cochrane (28). Es interesante señalar cómo la proporción de tratamientos presuntamente curativos, aumenta con el grado de desarrollo de la sociedad (19).

De otro lado, sin embargo, la misma sociedad presenta una gran desconfianza en los medios que la oncología les propone: a todos los oncólogos nos han preguntado alguna vez si el tratamiento que nos proponemos administrar servirá de algo o "sólo para hacer sufrir al enfermo". De alguna manera, la sociedad percibe los tratamientos oncológicos como causantes de un sufrimiento no siempre justificado.

Con todas las contradicciones que ello supone, nuestra sociedad se inscribe cada vez más en la cultura del bienestar y la satisfacción, en terminología felizmente acuñada por Galbraith. En parte por la propia evolución (y decepción, cabría añadir) de los clínicos actualmente en puestos de responsabilidad, y en parte por el empuje de la propia sociedad, en línea con lo que venimos diciendo, tanto la calidad de vida como concepto global, como el apoyo psicológico al paciente y la familia, ganan espacio en nuestras cabezas y en nuestras revistas. A veces no es más que la excusa para seguir perpetuando una manera estereotipada de actuar: para mejorar la calidad de vida ha aparecido una gran variedad de estrategias de tratamiento y muchos fármacos. No cabe dudar de una mayor sensibilidad de los oncólogos en estos aspectos, aunque los cambios reales en nuestras posiciones sean escasos.

Sin duda nuestras decisiones se ven influenciadas en su base por un sentimiento social que confía su salud en las actuaciones (tratamientos) que recibe, y en la que los valores de bienestar actúan cada vez con más fuerza como criterio de reconocido peso.

- **Tensiones o condicionantes personales.** En un sentido amplio, las decisiones frente al paciente con cáncer, tienen necesariamente que ver con nosotros mismos, así como con el tipo de organizaciones de que nos dotamos (servicios o equipo de trabajo).

Nos resulta embarazoso tratar de responder a la pregunta *donde colocamos nuestras emociones en el espacio existente entre el paciente oncológico y nosotros ya que estamos acostumbrados a funcionar con la idea de que en esta relación somos una constante y lo variable es el enfermo y la enfermedad*. Sin embargo, el contacto cercano con la muerte como paradigma del reconocimiento de nuestra propia debilidad, está sin duda operando en el centro del problema y será responsable de ciertos aspectos de nuestras decisiones.

La propensión antes mencionada de extender nuestra actitud curadora-agresiva más allá de lo racional, de espaldas a veces a los propios datos objetivos y a los intereses del paciente, puede ser entendida desde esta perspectiva (29). Podría pensarse que la radicalidad en los tratamientos que la propia sociedad no justifica, puede deberse en el fondo a una falta de aceptación de nuestras limitaciones. Hemos observado cómo una vez que hemos perdido las esperanzas de curar a un paciente, éste deja de resultarnos interesante. Las demandas del propio enfermo y de la familia se nos presentan entonces como agresiones manifiestas. De hecho, la mayoría de las unidades de enfermos terminales están apareciendo desde otras especialidades (anestesia, generalistas...).

Nuestras respuestas frente a estas confusiones aparecen de forma estereotipada, *alejando cualquier intento serio de profundizar en estos aspectos emocionales y sustituyéndolo por el sentido común, o intentando "un apoyo psicológico"* al paciente. En la mayoría de los casos, o ignoramos la situación (a modo de huida) o la incluimos en una relación pseudo-familiar supuestamente más cercana y de mayor dependencia, pero no necesariamente más sana.

Pero quizás, la manera más intensa y sistemática en que estas emociones influyen en nuestra actitud ante el enfermo, viene determinada por su influencia en el tipo de variables y parámetros que nos interesan medir en nuestras investigaciones clínicas. Ya que sólo recogiendo información sobre ciertos hechos dispondremos de datos científicos acerca de los mismos (30), podemos tejer un cuerpo de doctrina oncológica, eludiendo de forma habitual la lectura de otros parámetros. De esta manera en nuestras investigaciones nos olvidamos de atender las repercusiones emocionales de nuestras estrategias de tratamiento ya que sus resultados nos resultarían de difícil manejo. Sin embargo, como señala Russell: "Hasta un artículo científico y riguroso sobre los efectos del alcohol en el sistema nervioso central, se vería traicionado por el hecho de que el autor fuera o no abstemio, ya que mostraría las cosas de forma que se justifiquen sus propios actos" (31).

El tan traído y llevado tema de *la información al paciente y la familia*, puede ser entendido desde esta perspectiva. La cantidad y calidad de ésta en nuestro medio deja bastante que desear (32). Por nuestra parte, culpamos al bajo nivel cultural de los pacientes y a su falta de capacidad para entender algo que acabaría con sus esperanzas. *En realidad debería plantearse más bien desde nuestra incapacidad, ya que en realidad es un problema que tenemos nosotros, los que poseemos la información.* Estaremos de acuerdo en que esta desinformación contribuye poco a crear un ambiente terapéutico propicio y, además, hace recaer enteramente sobre nosotros decisiones difíciles y muy personales. Si la mantenemos, podrá deberse al hecho de que así perpetuamos una situación que nos resulta tranquilizadora: ellos son los pacientes y nosotros los sanos. La confianza necesaria en la relación médico-paciente con cáncer se sustenta sobre la imagen, un poco mágica, de seguridad que podamos transmitir y no por la confianza de que, aunque las cosas puedan ir mal, estaremos siempre dispuestos a compartir el problema con ellos aportando nuestros conocimientos, nuestras técnicas y recursos, y, en su caso, nuestra distancia.

Esta dispersión en cuanto a objetivos a conseguir, define las características de los equipos de los que formamos parte que, como organizaciones, tienden a tener un discurso parecido al que desarrollan los propios pacientes (33): nuestros grupos de trabajo suelen ser dispersos, poco integradores, con escasa comunicación y centrado en el síntoma (las quejas en nuestro caso). Lo habitual es que entre prisas no haya espacios para la discusión seria de los problemas. Los objetivos no suelen estar definidos y generalmente se opera como una suma de profesionales agrupados (34), con una visión distinta del paciente, sin que estas diferencias sean aprovechadas. El aplazamiento en la discusión de los temas de fondo está garantizado por nuestra falta de agilidad para organizar una asistencia que no nos impida atender otras cosas, o para dotarnos de los medios suficientes para mitigar la burocracia y sobrecarga asistencial que tanto nos agobia. Con cierta ironía pudieran más bien parecer obstáculos que estamos interesados en mantener.

Existen muchos ejemplos que traer a colación: impuntualidades, (el equipo que no se reúne a su hora no ve a los pacientes a su hora), confusión entre aspectos administrativos y asistenciales, indisciplina en el cumplimiento de protocolos acordados, en la medida de los resultados...

En medio de este clima, resulta difícil imaginar cómo nos será posible resolver, no sólo los aspectos emocionales que nos depara el contacto con el enfermo de cáncer, sino también cómo elaborar tantas incertidumbres y desconocimientos en los propios aspectos médicos que encierra la oncología.

#### 4. Algunas ideas y sugerencias

Hemos pretendido mostrar cómo para el paciente con cáncer, *las decisiones que adoptemos resultan de extrema importancia ya que éstas influyen tanto en la cantidad como en la calidad de su supervivencia*. La cuestión que ahora se nos plantea sería: cómo puede este tipo de análisis modificar nuestras actuaciones, con la finalidad de cambiar, en definitiva, el curso de la enfermedad. Las siguientes reflexiones pretenden ser una guía para la discusión de las alternativas que se nos presenten.

De una parte, proponemos revisar el marco de referencia en el que nos desenvolvemos y trabajamos, y de otra, referir metodologías concretas de trabajo que podríamos utilizar.

- **Nuestro marco de referencia.** Nos movemos en un marco intelectual y de trabajo que, como decíamos, se caracteriza por una concepción medicalizada de la salud. En consecuencia, dirigimos nuestra actuación al paciente, y más exactamente, a la parte enferma de éste. Aunque hablamos informalmente de su psicología o de su ambiente social, la realidad nos dice que éstos influyen poco o nada a la hora de sentar nuestros criterios. De una manera metodológica y sistemática intentamos mostrar una seguridad sin fisuras. Nuestros resultados son confusos, pero nos valen.

Se impone a nuestro juicio trabajar en una doble línea. La primera de ella, trataría de introducir nuestra práctica oncológica en una *concepción bio-psico-social de entender la salud* (35). Este modelo asume en esencia que el éxito en el manejo de una determinada enfermedad, el cáncer para nosotros, es el resultado de la relación entre las medidas terapéuticas concretas y el marco en el que seden (tratamientos y Servicios de Oncología), el 'paciente (entendido como globalidad), la familia y el marco social. De esta manera no puede entenderse el control del cáncer sin proporcionar al paciente tanto bienestar como sea posible, u olvidándose del marco familiar. En palabras de Schavelzon: "Todo fenómeno humano es siempre y al mismo tiempo, biológico, psicológico y social" (29).

Como sanitarios, nuestra preocupación no consistiría sólo en proporcionarle el mejor de los tratamientos de probada eficacia, si ello fuera posible, sino conseguir que se dé una verdadera relación terapéutica (36). Esta concepción implica que frente a una enfermedad grave de uno de los miembros de la familia, se tenga también presente el grado en que ésta puede afectarse, ya que sólo así nuestro paciente, por ejemplo, cumplirá rigurosamente el tratamiento, acudirá a las consultas o se sentirá atendido en las horas y días en que no está en el hospital.

La relación terapéutica de la que hablamos, supone por nuestra parte la adopción de técnicas y hábitos que nos permitan escuchar todo lo que se dice en la consulta, y adiestrarnos también para hacer uso de toda la parte sana que existe en el paciente (37).

Desde esta posición, el problema de la información al paciente que, como señalamos anteriormente, es sobre todo un problema que nosotros tenemos, se resolvería no sólo hablando nosotros, sino sobre todo hablando ellos. Cuando este clima se establece, se dan las condiciones de comunicación en las que probablemente el hecho de saber el paciente que padece un cáncer con un determinado pronóstico sea mejor entendido y sobretodo mejor aprovechado.

Finalmente, desde esta concepción no es posible ignorar los aspectos sociales del enfermo si queremos realmente que nuestro tratamiento sea positivo. Por ello no conviene pasar por alto la extracción social de nuestros enfermos ni sus condiciones económicas; si nuestro tratamiento exige acudir con frecuencia al hospital, deberemos buscar la manera en que esto no resulte un serio impedimento para el paciente, o bien tendremos que acercarlo a su lugar de residencia (hospitales de 2° o 1° nivel). *La enfermedad deja de ser una cuestión que sólo atañe al enfermo para convertirse en un problema a tres bandas: el paciente, su entorno social y nosotros. Cada uno tiene su papel que no debe ser usurpado ni infravalorado por el otro.*

Este avance no se dará sin la incorporación, *como miembros de pleno derecho* en nuestros equipos de trabajo, de profesionales con formación en otros aspectos de la salud (psicólogos, asistentes sociales...). El médico se sabrá conecedor o técnico en resolver una parte del problema, pero no el problema en su totalidad. Ya existen experiencias en otras esferas de la medicina en este sentido (38) y no existen objeciones serias a que pueda darse en oncología. Probablemente habrá muchas más resistencias que podrán plasmarse en

conjeturas y dificultades. Sin embargo, existe un argumento de peso para intentarlo: estamos en general insatisfechos de forma subjetiva y objetiva con el resultado de nuestro esfuerzo, el de la sociedad y, sobre todo, el de los pacientes.

La otra línea básica que a nuestro juicio debemos revisar se refiere a nuestras actuales ignorancias en el manejo del cáncer. Una medida inicial consistiría en la elaboración de lo que podríamos llamar guía de resultados esperables aplicable a nuestras posibilidades y hacer que los nuestros se asemejen en lo posible a dicho patrón, o pudieran explicarse las diferencias. Un tratamiento eficaz puede ser utilizado en forma ineficiente <sup>(8)</sup>.

Necesitamos saber exactamente cuál debe ser el resultado en las situaciones clínicas más frecuentes con que nos encontramos e intentar reproducirlos de forma correcta (39). Este es un ejercicio que, aunque obvio, aún no ha sido hecho en nuestro medio. Tras él, el universo de nuestras dudas se habrá esclarecido al igual que nuestras indicaciones de tratamiento. Resultará más fácil definir con claridad cuáles son los tratamientos estándar que estamos en condiciones de asumir como propios y cuáles son las circunstancias que precisan un ensayo clínico controlado. A la vez, nos impondría la revisión sistemática de los datos que generan nuestros tratamientos.

Hemos propuesto dos líneas de trabajo complementarias cuyos fines serían asegurar que nuestros pacientes reciban el mejor tratamiento de los posibles, y que éstos sean concebidos desde una visión integradora.

- Metodologías de trabajo. La metodología de trabajo en la que nos basamos no está libre de confusiones. Además de mejorarla, resulta evidente la necesidad de introducir en oncología ciertos métodos de análisis y estudio ya ampliamente utilizados en otras áreas de la medicina.

a) La utilidad de los ensayos clínicos comparados (ECC) ha sido suficientemente puesta de manifiesto en estas mismas páginas, y de hecho, su aprendizaje y discusión está presente en el curriculum de nuestras especialidades. Pero son difíciles de realizar y requieren de una seria disciplina por nuestra parte, a veces reñida con el resultado inmediato o la publicación. Como se reconocía en el ensayo de Fisher (NSABP) los participantes sólo incluían el 20% de los pacientes susceptibles de entrar en el estudio (40) <sup>(9)</sup>. Cómo podríamos mejorar la calidad y utilidad de los ensayos, es una difícil cuestión en la que tiene

---

<sup>8</sup> El ejemplo de la radioterapia nos resulta conocido: su eficacia parece no discutirse como adyuvante de la cirugía en tumores de cabeza y cuello. Las crónicas listas de espera en los servicios de radioterapia suponen demoras en su aplicación que se traduce en aumento de las tasas de recidiva y, en definitiva, peores resultados que los que podemos esperar. Deberíamos aclarar si nos interesa, continuando con el ejemplo, optimizar la radioterapia postoperatoria o intentar esquemas de tratamientos cuya validez clínica está sujeta a controversias (28).

<sup>9</sup> ¿Cómo sin embargo da la impresión de estar asistiendo a una verdadera inflación de ensayos clínicos encubiertos o controlados realmente?. Así por ejemplo, hemos podido contabilizar cerca de 40 ensayos o comparaciones entre tratamientos estándar y nuevos, entre los resúmenes del último congreso de la Federación Española de Oncología (FESEO) dedicados a aspectos clínicos, mientras sólo una comunicación hacía referencia a estudios de coste-efectividad (41).

inevitablemente que ver, además de nuestra formación, nuestra confianza en ellos como método de estudio apropiado. Se nos ocurren, no obstante, las siguientes consideraciones:

- Nos parece primordial incidir sobre *la pregunta científica que pretendemos responder* a través de un ECC (42), no habrá ensayo de peor calidad (incluso desde el punto de vista ético) que aquel cuya pregunta no sea pertinente. Se impone priorizar éstas de acuerdo con un esquema general en el que sea posible la estratificación de los enfermos en grupos amplios y suficientemente numerosos. Ello significa además, que en todo momento éstas se *sugieran desde un estricto sentido sanitario*, atendiendo siempre a nuestras demandas de conocimientos en el manejo de los pacientes. Necesariamente, se imponen criterios de eficacia y equidad en la elección: no es posible pensar en una práctica oncológica alejada de nuestras condiciones socioeconómicas.

- La evaluación de la calidad de vida debe estar presente en todo ECC (42), por lo que en su diseño debe participar un conjunto más amplio de profesionales (asistentes sociales...). En la valoración de los resultados no puede omitirse la medida de esas otras variables que atienden al grado de confort y bienestar emocional. *Debemos preocuparnos por aclarar si los pacientes y nosotros coincidimos en lo que consideramos un avance frente a determinado tumor.*

Uno de los condicionantes por todos conocidos se relaciona con el *tamaño muestral*, así que no estamos añadiendo nada nuevo al señalar la cantidad de pacientes que podrían haber visto prolongada su vida, o que no deberían haber sido objetos de investigaciones estériles o de resultados no consistentes, por un número inadecuado en los brazos de tratamiento estudiado. No se entiende muy bien, desde un punto de vista de metodología científica, la profusión de grupos de trabajo (y sus correspondientes siglas) todos tratando de responder a preguntas distintas sobre ciertos tipos de tumores, con el empobrecimiento e incluso atomización consiguiente de la muestra a estudiar. En nuestro propio centro de trabajo funciona más de un esquema de tratamiento de melanomas, tratamiento adyuvante del cáncer de colon y no digamos de la mama en la que además de los oncólogos están interesados ginecólogos, cirujanos y otros.

Los ECC se convierten así en un elemento de dispersión de los conocimientos y no integrador. Convendría focalizar nuestros esfuerzos en *verdaderos grupos de trabajo orientados inicialmente hacia los verdaderos problemas de salud con los que nos encontramos y las respuestas a aquellas ignorancias que parezcan más decisivas para el paciente.*

- Entre los teóricos requisitos de ECC está el *informe consentido del paciente*. Algunos investigadores ven en él un freno para el progreso o una dificultad añadida al ya difícil asunto de llevar a cabo un ensayo. Para obviarlo, se utilizan varias estrategias. Con

frecuencia no se considera un ensayo y así no hay que pedir dicho *permiso* ni otras trabas administrativas (comité de ensayos...) (10).

Sin embargo... "El médico que realiza experimentos en personas sin pedirles su consentimiento, está practicando una medicina censurable, aún cuando la base científica de su estudio esté justificada" (43).

b) Quizás, la manera más seria, si no la única, de intentar controlar nuestras incertidumbres, pueda venir dada por la incorporación del *análisis de decisiones clínicas* a nuestras rutinas de trabajo (47). Este proceder permite, en forma resumida, incorporar los conocimientos existentes en la literatura a propósito de una determinada cuestión, a la experimentada por nosotros y traducir en términos de probabilidad el error que cometemos al adoptar una cierta decisión. Las condiciones previas exigen que conozcamos nuestros propios datos (por ejemplo, la rentabilidad diagnóstica de una citología de esputo para el diagnóstico de un cáncer pulmonar en nuestro centro) así como la prevalencia en nuestro medio del problema que estamos considerando (14). Existe una dilatada experiencia aplicada a la oncología que, como acabamos de decir, no puede ser sin más incorporada, pero que sin duda, demuestra la utilidad del método (45). Muchas de las exploraciones complementarias solicitadas, que hacen que ciertos servicios soporten grandes listas de espera con las consiguientes demoras en el diagnóstico de extensión, podrían ser drásticamente reducidas sin menoscabo de la calidad de nuestra asistencia, como nos muestra Shimn al incorporar el teorema de Baye's al estudio de extensión (46).

c) Ya estamos familiarizados con los términos *coste-efectividad*, *coste-eficacia* y *coste-utilidad* (47), aunque digamos que nuestros conocimientos en este sentido inciden poco sobre nuestro trabajo diario.

Generalmente consideramos poco interesante el- introducir este tipo de análisis en nuestra práctica diaria si es que no la juzgamos acientífica y poco apropiada para definir estrategias en oncología ya que, se dice, "al paciente oncológico debe ofrecérsele todo lo que esté en nuestras manos". Este tipo de discurso es ingenuo además de demagógico: *deberíamos admitir que la introducción de criterios que juzguen resultados en función de lo que cuesta conseguirlos, es una necesidad científica y no sólo económica o social*. Debería ser tan poco discutido como lo es la necesidad de una significación estadística. Lo contrario es profundizar en el divorcio existente entre la investigación clínica y la gestión de los recursos sanitarios que se encuentra en la raíz de tanto desatino y tanta desigualdad (48).

Desde una perspectiva de *servicio público*, hay que señalar los aspectos siguientes:

- No es posible separar, ni siquiera con ánimo esquemático nuestra práctica oncológica con el nivel socioeconómico de nuestro entorno. Esto es así hasta el extremo de

---

10 Durante algún tiempo hemos estado tratando a los pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello con quimioterapia neoadyuvante o esquemas de hiperfraccionamiento, sin el requerido consentimiento. Cuando nos decidimos a hacerlo, habitualmente influimos sobre el paciente, a veces hasta en el 90% de las veces (40).

que la proporción de tratamientos radicales frente a paliativos tiene que ver con nuestro grado de desarrollo (7) y no digamos la tasa de curaciones que logramos proporcionar.

- Considerando nuestro papel en la asignación directa de los recursos y la gran cantidad de lagunas en nuestros conocimientos, las consideraciones de coste-eficacia y coste-utilidad suponen una seria oportunidad de afrontarlas con una metodología apropiada.

- Por extraño que nos resulte, *la equidad y el sentido de una ética basada en el bien común*, deben ser observadas, no como imposiciones extrañas sino como elementos inherentes a nuestra práctica clínica científica (49).

## 5. Conclusiones

1.- Si utilizamos las tasas de mortalidad por cáncer (corregidas por edad y tamaño poblacional), puede hablarse de un desajuste entre los esfuerzos dedicados a luchar contra la enfermedad y los resultados obtenidos.

2.- Podría pensarse que, junto a otros factores, el tipo de asistencia que prestamos es tanto una causa como una consecuencia de este desajuste.

3.- El manejo clínico del paciente oncológico precisa de la adopción de múltiples decisiones a lo largo de su evolución, que van en cierta medida ligadas al resultado final.

4.- En el análisis que proponemos, estas decisiones surgen de la *confrontación* que se da entre *evidencias científicas* y otra serie de *condicionantes* o *tensiones*.

5.- En muchas ocasiones, en la práctica clínica llegamos a confundir lo que son evidencias con conjeturas no probadas cuya traducción será el administrar como tratamientos estándar lo que en realidad son pautas de eficacia no probada.

6.- Hemos distinguido entre condicionantes científicos, culturales, económicos y personales. La interacción de todos ellos determina una cierta manera de entender el problema del paciente con cáncer.

7.- Se proponen estrategias con el fin de ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento más global (referencia bio-psico-social) y menos medicalizado, que a la vez sea el más eficaz de entre los posibles en nuestro medio.

8.- Esto sugiere de una parte la incorporación real (como miembros de pleno derecho) de otros profesionales en los equipos de trabajo con formación en otras esferas hasta ahora poco consideradas.

9.- De otra, la mejora e incorporación de otras metodologías de trabajo: ensayos clínicos controlados, análisis de decisiones clínicas y estudios de coste-eficacia y coste-utilidad, que ayudaría a modificar nuestra actual relación con la industria farmacéutica.

## Bibliografía

1. BAILAR, III; SMITH, E.M.: "Progress Against Cancer." *The New England Journal of Medicine*, 1986; 314: 1226-32.
2. MONGE, V; FERNÁNDEZ, G.; QU1NTANA,].M.: *Mortalidad por cáncer en España (1953-1982)*. Epihos. Madrid, 1992.
3. BIRCH, J.; MARSDEN, H., MORRIS, J., et al.: "Improvements in Survival from Childhood Cancer: Results of a population Based Survey over 30 Years". *British Medical Journal*, 1988; 296: 1372-6.
4. PETO, R.; DOLL, R.: *Las causas del cáncer*, Salvat. Barcelona, 1989; 113-5.
5. HOOGSTRATEN, B. (ed.). *Cancer Research Impact on the Cooperative Groups*. Masson. New York, 1980.
6. GOODWIN, P.: *Economic Evaluaciones of Cancer Care-Incorporating Quality life*. CRC Press. Florida, 1991.
7. STEJERNSWÄRD, J.; NOREEN, T.: "Perspectives on Quality of Life and global Cancer Problems." En: OSOBA, D. Efect of Cancer on Quality of Life, CRC Press. Florida, 1991.
8. ALTMAN, D.S.: "Statitics and Ethics in Medical Research. Study Design." *British Medical journal*, 1980; 281: 1267-9.
9. MIKE, V.: "Clinical Studies in Cancer: A Historical perspective." En: MIKE, V.; STANLEY, K. (eds.). *Statistics in medical research*. John Wiley and Sons. New York, 1982.
10. PETO, R.; PIKE, M.C.; ARMITAGE, P. et al.: "Desing and Analysis of Randomized Clinical Trials Requiring Prolonged Observation of each patients." *Br. ]. Cancer*, 1976; 34: 585.
11. "Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group. Treatment or early breast Cancer." Vol. 1. *Worldwide Evidence 1985-1990*. Oxford Medical. Oxford, 1981.
12. "Compilation of Experimental Cancer Therapy Protocol Summaries." *International Cancer Research Data Bank*. National Cancer Institute. Bethesda. Maryland, 1981.
13. WARR, D.; MCKINNEY, S.; TANNOCH, J.: "Inference of Measurement Error on Response Rate." *Cancer Treatment Reports*, 1985; 69: 1127-30.
14. SOX, H.C.; BLATT, M.A.; HIGGINS, M.C., MARTON, K.J.: *Medical Decision Making*. ButterWorth. Boston, 1988; 167-72.
15. ESTAPÉ, J.; PALOMBO, H.; HERNÁNDEZ, E., et al.: "Revelación del diagnóstico de cáncer en un hospital español." *Annals of Oncology (edición española)*, 1992; 1: 595-9.

16. HERRANZ, C.; SOLANA, E.; GUILLEN, V.: "Cáncer de vejiga: tratamiento neoadyuvante." En: DÍAZ-RUBIO, E. *Controversias en oncología*. Farmitalia Carlo Erba. Barcelona, 1991.
17. JACOBS, Ch.: "Adjuvat and Neoadjuvant Treatment of Head and Neck Cancers." *Seminars in Oncology*, 1991; 18: 504-14.
18. PAYNE, D.G.: "Non-Small-Cell Lung Cancer: Should Unresectable Stage III Patients Routinely Receive High-Dose Radiation Therapy?" *J. Clin. Oncol.*, 1988; 6: 552-8.
19. STOLL, B.A.: "What is Overtreatment in Cancer?" En: STOLI., B.A. (ed.). *Cost Versus Benefit in Cancer Care*. The John Hopkins University Press. Baltimore, 1990.
20. ANDERSON, J. et al.: "Analysis and Interpretation of the Comparison of survival by Treatment Outcome Variables in Cancer Clinical Trials." *Cancer Treat. Rep.*, 1985; 69: 1139-44.
21. FLECK, L.: *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Alianza Editorial. Madrid, 1986.
22. MEDINA, R.; GARCÍA, J.: "Tendencias de la investigación en la oncología a través de las publicaciones periódicas (1979-1985)." *Revista Española de Documentación Científica*. 1992; 15: 140-53.
23. CARNE, X.: "El médico de hospital y la investigación." *Quadern CAPS*, 1991; 15: 51-4.
24. EISENBERG, J.M.: "Physician Utilitation: The State of Researche about Physicians practice Patterns." *Medical Care*, 1985; 23: 461-83.
25. ORTÚN, V.: *La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones*. Lallar del Llibre. Barcelona, 1990.
26. *Ensayos clínicos en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1988; 7: 31-2.
27. DEVER, G.E.: "An Epidemiological Model for Health Analysis." *Soc. Ind. Res.* 1976; 2: 465. Citado por PENEULT, R. y DAVELUY, C.: *La planificación sanitaria*. Masson. Barcelona, 1988.
28. COCHRANE, A.L.: "Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios." Salvat. Barcelona, 1985.
29. SCHAVELZON, J.: *Cáncer. Enfoque psicológico*. Galerna. Buenos Aires, 1978.
30. DEVEREUX, G.: *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. Siglo XXI. Madrid, 1977.
31. RUSSELL, B.: *Sceptical Essays*. Allan and Vuwin. Londres, 1928. Citado por: SKRABANEK, P. y MCCORMICK: *Sofismas y desatinos en medicina*. Doyma. Barcelona, 1992.
32. ORDÓÑEZ, A.: *Lenguaje médico. Modismos, tópicos y curiosidades*. Madrid, 1990.

33. BLEGER, J.: "El grupo como institución y el grupo en las instituciones." En: BLEGER, J.: *Temas de psicología*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
34. LAPASSADE, G.: *Grupos, organizaciones e instituciones*. Granica. Barcelona, 1977.
35. BAULEO, A.: *Notas de psicología y psiquiatría social*. Atuel. España, 1988.
36. BLEGER, J.: "La entrevista psicológica." En: BLEGER, J.: *Temas de psicología*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
37. LUCCHINA, J.L.: *El grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional*. Paidós. Buenos Aires, 1982.
38. TIZÓN, J.L.: *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Doyma. Barcelona, 1988.
39. BONEILL, X. Cosp.: "La información sanitaria en la investigación y el control del cáncer: I. Estadísticas de mortalidad." *Oncología*, 1994; 17: 230-6.
40. EISENHAVER, E., MACKILLOP, W. "Focus on Clinical Trials." En STOLL, B.A.: *Cost Versus, Benefit in Cancer Care*. The John Hopkins University Press. Baltimore, 1990.
41. II Congreso Nacional de la Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FES EO). Sitges (Barcelona). Diciembre, 1992.
42. SANZ, J.: "Calidad de vida y tratamiento en oncología." *Revisiones en cáncer*, 1990; 4: 113-8.
43. SKRABANEK, P. y MCCORMICK.: *Sofismas y desatinos en medicina*. Doyma. Barcelona, 1992.
44. BCK, J.: Decision-Making Studies in Patients Management: Twenty Years Later." *Med. Decis. Making*, 1991; 11: 112-5.
45. KASSIER, J.; MOSKOWITZ, A.; LA, J.; PANKER, S.: "Decision Analysis: A Progress Report." *Annals of Internal Medicine*, 1987; 106: 275-91.
46. SHIMM, D.S.: "Evaluating Cancer Patients for metastases: an Approach Using Bayes' Theorem." *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, 1985; 11: 1563-8.
47. DRUMMOND, M.; STODDART, G.L.; TORRANCE, GW.: *Métodos para la evaluación económica de los programas de salud*. Díaz de Santos. Madrid, 1991.
48. DRUMMOND, M.; STODDART, G.; LABELLA, R.; CUSHMAN, R.: "Health Economics: An Introduction for Clinicians." *Annals of Internal Medicine*, 1987; 107: 88-92.
49. LÁZARO, P.: "Evaluación de la alta tecnología médica: Importancia y responsabilidad del médico." *Debate sanitario: medicina, sociedad y tecnología*. Fundación BBV. Madrid. Junio, 1992.

