



# Pérdida de oportunidad en salud

## *Loss of opportunity in health care*

### ■ Ángel de la Calle Santiuste

■ La "pérdida de oportunidad en salud" o, lo que es lo mismo, el empeoramiento del pronóstico de una enfermedad como consecuencia de la demora excesiva o inadecuada en su estudio, diagnóstico y tratamiento, hoy constituye un problema sanitario relevante. Un problema que, sin duda, posee connotaciones sociales, técnicas, económicas, políticas y éticas, y sobre el que, tan sólo desde la perspectiva de algunas décadas de práctica clínica, nos permitimos aportar algunas reflexiones en estas páginas. La pérdida de oportunidad en salud podemos abordarla desde cinco apartados: 1) la propia definición del concepto; 2) los cambios sanitarios acontecidos en los últimos años; 3) los recursos sociales, su distribución y prioridades; 4) los agentes participantes, y 5) los medios necesarios para, en la medida de lo posible, evitarla.

### Definición del concepto

Desde el año 1988, se ha trasladado desde la jurisprudencia francesa el término "pérdida de oportunidad en salud", donde no se valora la acción desde un punto de vista causa/efecto, sino desde lo previsible del hecho en el caso de que la actitud de uno de los agentes hubiera sido diferente. De acuerdo con esta doctrina, si se demostrara que una intervención sanitaria hubiera podido evitar el daño procedería una indemnización, si bien menor que cuando existe una mala práctica.

Según el Diccionario de la RAE, "pérdida" es carencia o privación de lo que se poseía, en nuestro caso la salud, término éste en ocasiones difícil de definir, como se deduce de las modificaciones introducidas para mejorarlo desde que empezara a plantearse por parte de la OMS. Y, "oportunidad", se entiende como coyuntura o conveniencia de tiempo o de lugar.

En Patología los hechos pueden ser esperados o inesperados, pero obviamente sólo se manifiestan cuando ya han sucedido y son históricamente inevitables, salvo que se hayan

---

El autor es médico del Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos abdominales en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid (España).

introducido elementos de corrección por parte del ser humano o por la propia naturaleza. La enfermedad se expresa en un tiempo y en un lugar, en una persona concreta ajustándose a un continuo que hace 50 años se definía como *relación clínica*, hace 20 como *proceso asistencial* y actualmente como *proceso sanitario*. En este proceso no sólo se ha seguido el método científico basado en la evidencia, sino que también se ha llegado al tipo de medicina denominada biopsicosocial. Pero en el desarrollo del proceso (cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) puede haber desviaciones, no sólo del sistema, sino también de las personas que lo reciben, bien sean los pacientes, sus familiares o sus allegados. Y en las desviaciones sanitarias se verán afectados directa o indirectamente varios sectores, como el de los propios ciudadanos, el político, el económico y el social. Sin olvidar que deberemos adaptarnos al momento presente, pues cada instante posee su verdad.

## Cambios sanitarios acontecidos en los últimos años

Estos importantes cambios, no sólo en la sociedad, sino también en el mundo sanitario como parte de ella, se han expresado con modificaciones en el comportamiento de sanitarios, enfermos y ciudadanos. Mencionaremos aquellos que han tenido una mayor repercusión social.

La prolongación de la vida, incluso con medios artificiales, con creación de unidades especiales (cuidados intensivos, nutrición, diálisis, etcétera) que han permitido en algunas situaciones clínicas aumentar el número de años de existencia, con incremento tanto de la vida media del individuo como del número de ancianos de la sociedad; logro importante y deseado, pero que no debe hacernos olvidar que el ser humano es finito. Y si hemos conseguido avances para el final de la vida, no son menos importantes los logrados también para el comienzo de la misma.

Otro aspecto a tener en cuenta es el significado que han llegado a alcanzar la información y la comunicación, favorecedoras de la transmisión de conocimientos, no sólo para los profesionales sanitarios, sino también para los ciudadanos, enfermos o no, y con una influencia cada vez mayor en la toma de decisiones por parte de éstos; decisiones que en muchas ocasiones tienen repercusión en su salud. Sirva de ejemplo el caso de la información generada en torno a la donación de órganos por parte de individuos sanos para ser trasplantados.

El trasplante de órganos ha supuesto un hito sanitario. En primer lugar, gracias a la generosidad de los ciudadanos en donar órganos; en segundo, a las leyes que han permitido desarrollarla y, en tercero, a los extraordinarios progresos en investigación, técnica y sanidad. Puntos a los hay que añadir la dificultad y trascendencia de definir cuándo un individuo debe considerarse cadáver. De ahí que a partir del año 1968 se definieran los criterios de Harvard y de Minnesota de *muerte cerebral*, matizados posteriormente por el de *muerte encefálica* según los criterios británicos y norteamericanos.

Si lo reseñado ha supuesto avances, no ha sido menos importante la consideración del ser humano como sujeto de derechos y deberes, y, según la acertada visión de Kant "fin en sí mismo y no medio, con dignidad y no sujeto a precio". Todo esto ha llevado a considerar que, en muchos casos, la persona enferma es capaz de valorar, con la información adecuada y suficiente, cada curso de acción y sus consecuencias, manteniéndose el problema que en el mundo griego preocupó a Aristóteles sobre la toma de decisiones en condición de incertidumbre y en otras situaciones del quehacer clínico. Ante estas situaciones, en el año 1970 aparece por primera vez el término *bioética*, para designar los problemas éticos que se plantean ante los espectaculares avances que entonces se están produciendo en el seno de las actividades sanitarias y biológicas.

Precisamente, por esos avances nace y empieza a extenderse la idea de que las nuevas tecnologías biológicas y sanitarias pueden comprometer gravemente la calidad de la vida; e, incluso, la permanencia de la propia vida sobre el planeta, no sólo en el momento actual, sino también para las generaciones futuras.

Estos problemas fueron suficientes para que en el año 1974 el Congreso estadounidense creara una comisión (National Commission), de la que surgió un informe (*Belmont Report*) que establecía tres principios éticos: Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia. El primero considera a los seres humanos como personas que deben ser tratadas como entes autónomos y, si presentan una disminución de su autonomía, como objeto de protección. De ese concepto de autonomía, que debe ser siempre respetada salvo que de su ejercicio puedan derivarse perjuicios para otros, surge el concepto del *consentimiento informado* en el mundo sanitario.

Otro cambio a considerar desde un punto de vista cultural es la necesidad de cuidar la salud corporal para poder vivir satisfactoriamente la existencia en sus diversas maneras de manifestarse. Hasta hace pocas décadas la salud, en sus dimensiones personal, social, cultural e histórica, había sido un medio, pero hoy se ha convertido en un derecho y un fin en sí misma. No ha de extrañarnos que el concepto de "satisfacción del paciente" ocupe un papel importante en los debates de la asistencia sanitaria. Pero no debe caer en el olvido que este "ser humano" posee, desde cualquier punto de vista ideológico del que partamos, otras dos dimensiones en su naturaleza: la mental y la espiritual.

La autonomía ha supuesto una mejora y avance en la consideración del respeto y la dignidad para el enfermo, y también un cambio en la relación entre el enfermo y los profesionales sanitarios, dejando de ser paternalista y pasando a una relación de libertad derivada de tal autonomía. Pero, si antes tal relación solía ser interpersonal ahora es, en general, de servicios. Consideraciones que sin duda han influido en la forma cómo es visto el personal sanitario: de profesional de la salud ha pasado a ser considerado como un empleado de servicios sanitarios.

Como consecuencia, todos estos cambios exigen una pedagogía en las personas implicadas, para al menos poder aspirar a la excelencia en las acciones y la consiguiente disminución de la pérdida de oportunidad para sí mismos o para otros.

## Recursos sociales, distribución y prioridades

Desde hace años, uno de los problemas que existen en nuestra sociedad es el de las limitaciones de las prestaciones sanitarias. Esta limitación viene determinada, en primer lugar, por los recursos limitados de que dispone la misma sociedad; en segundo, por las cada vez mayores demandas de servicios por parte de la población; en tercer lugar, por la propia complejidad de las nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico y a la terapéutica; y, finalmente, por el aumento cuantitativo de las enfermedades que hoy pueden ser tratadas y la complejidad de las mismas.

Pero difícilmente se puede resolver el problema si no se implican todos los afectados, enfermos y no enfermos, haciéndose imprescindible una cultura de la gestión en donde la ética pase por la eficiencia; y sin olvidar que también es necesario imbuir en todos los miembros de la sociedad una "cultura del uso adecuado" de los medios y recursos. Debemos recordar que el derecho a la asistencia sanitaria, pública o privada, toca más a las personas, que tienen dignidad y no precio, que a números. Esta dignidad no es negociable, pues el bien que se oferta, la procura de la salud, es básico para las personas.

Pero, ¿cómo deben distribuirse estos recursos?: ¿en patologías determinadas?; ¿según el período de existencia (edad)?; ¿en función de la demanda social o cultural? Pensamos que, como denominador común, tanto el personal sanitario como los pacientes deberán regirse por el principio de "equidad" y no por el de "igualdad". Por ambas partes debe primar la actitud de solidaridad, entendida en relación con la justicia en un doble sentido: la solidaridad no elimina la justicia sino que la presupone; reafirma y completa dentro del dinamismo ético de la igualdad que tiene en cuenta las diferencias para orientarlas moralmente, de forma que esta solidaridad debe de ser sensible a las desigualdades entre personas, grupos o naciones.

Precisamente en razón de la equidad la distribución de los recursos materiales o humanos en el mundo sanitario deberá realizarse con una gestión en la que participen todas las partes implicadas en el proceso sanitario, y cada una en su nivel de responsabilidad.

Un primer punto a considerar es el de cómo clasificar a los que demandan atención sanitaria, de ahí que desde hace ya bastantes años se haya pretendido establecer prioridades terapéuticas en el mundo sanitario. Así, en el primer conflicto bélico mundial surgió en Francia el término *triaje* para la asistencia en catástrofes, extendiéndose posteriormente al área de las urgencias sanitarias, donde la clasificación o valoración de los pacientes se basa en el tiempo que puede demorarse su asistencia y en función del plan terapéutico previsible. No es posible dar normas fijas para realizar la clasificación, que dependerá del tipo y magnitud del desastre, número y tipo de afecciones y cantidad y calidad de los recursos. En todo momento la conservación de la vida tiene preferencia y la función sobre el defecto anatómico. Es un procedimiento para clasificar a los pacientes en categorías, de acuerdo con su pronóstico vital y con el fin de establecer un orden de prioridades en su tratamiento.

En nuestra sociedad ya han sido elaborados sistemas de valoración y clasificación para áreas de Urgencias o Emergencias en los centros hospitalarios. No obstante, aún queda un largo

camino que recorrer para los enfermos que no presentan un riesgo vital inmediato, pero que sufren procesos patológicos que comprometen su salud y evolucionarán desfavorablemente si no se toman medidas correctoras.

El concepto de urgencia vinculado al de *triaje* es complejo y hace referencia a los conceptos de agudeza y gravedad, entendiéndose por urgencia aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. Esta definición lleva implícito: *a)* el ajuste de la respuesta asistencial al grado de urgencia, de manera que los enfermos más urgentes, es decir los que tienen más riesgo de deterioro o peligro para su salud o su vida, sean asistidos prioritariamente, y *b)* la adecuación del grado de urgencia con los recursos disponibles.

## Agentes participantes

En el proceso asistencial se encuentran implicados pacientes, sanitarios, administrativos y políticos. Cada uno tiene su responsabilidad en el proceso y una implicación diferente en las "desviaciones" que se produzcan.

El paciente, en razón de su autonomía y aunque tenga disminuidas sus capacidades intelectuales o físicas, estará obligado a seguir las pautas dictadas por la sociedad en función de su propio bien y el bien común. Un ejemplo aclaratorio puede ser un enfermo con una enfermedad hepática crónica de etiología alcohólica y ya en estadio de precisar un trasplante de hígado. Hasta que no se tenga la prueba de abandono del hábito alcohólico no podrá disponer de la oportunidad de un órgano, previa inclusión en lista de espera.

Por otra parte, otro factor que influye en la valoración del paciente es su componente genético, que puede predeterminar el padecer determinadas enfermedades o una respuesta inadecuada frente a fármacos, lo que puede privarle de determinadas posibilidades terapéuticas indicadas en otras personas.

Asimismo, no debemos olvidar la ubicación territorial del enfermo, no sólo en función de los servicios, sino también de los medios a su disposición, ya que influyen en el espacio y en el tiempo. No todas las Comunidades cuentan con idénticos servicios, y aunque podría solucionarse con la transferencia de una comunidad a otra (o canalización), en algunos lugares se incrementaría la lista de espera para un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Otro aspecto a considerar es la enfermedad padecida, que dicta un orden de prioridad diferente según sea benigna o maligna y, dentro de esta última, según el órgano o tejido afectado.

Debe ser considerado, igualmente, si los especialistas son expertos a la hora de atajar los diferentes problemas patológicos, pues tanto el propio ciudadano como la sociedad exigen unos resultados adecuados. Sin embargo, esto puede conducir a una demanda de servicios

que imposibilite cubrir todas las necesidades, de forma que en la espera terminen quedándose las personas más desfavorecidas y que “pierden la oportunidad” de recuperar su salud.

Por último, no queremos dejar de mencionar las sugerencias sociales, que determinan según la cultura imperante la organización más adecuada para que no existan desigualdades que incidan en pérdida de oportunidades en relación con la edad, género, religión, política o raza. Consideramos que forman parte de una sociedad comprometida con la defensa de la dignidad de la persona y constituida en Estado de Derecho; una sociedad que debe oponerse a toda pretensión que suponga la violación de unos valores que en el siglo XXI constituyen su indelegable fundamento.

## Medios adecuados e inadecuados para evitar la pérdida de oportunidad en salud

Los métodos inadecuados nunca deberán ser aceptados, pues el centro del problema es un ser humano que busca sanarse, que “tiene dignidad y nunca precio”.

A la hora de aplicar unos medios adecuados no debemos olvidar que el centro de este proceso asistencial lo ocupa una persona con un componente material, mental y espiritual. Para el aspecto material actuaremos en situación de incertidumbre, siempre con un resultado regido por la probabilidad y nunca con la certeza, y considerando que quien se sana o cura es el enfermo y que el profesional sanitario sólo indica los medios para lograrlo; y si no lo logra, al menos sí intentará mejorar su existencia. Ésta se considerará prolongada o acortada según los datos de unas estadísticas que varían en relación con la sociedad donde son elaboradas.

Un diálogo deliberativo entre los diferentes agentes, con información y comunicación adecuadas, en el que se tengan en cuenta no sólo los hechos sino también los valores con intención de buscar soluciones para los problemas presentes y futuros, conseguirá la reducción de las desviaciones y la disminución de las situaciones de conflicto que pueden ocurrir en el proceso sanitario. Este proceso estará enmarcado por lo que la sociedad entienda por salud y vendrá definido por las dimensiones del ser humano individual, social o histórico, conformando culturalmente unos valores determinados.

En nuestro país la asistencia sanitaria tiene un carácter universal y de igualdad, y nuestro sistema ha alcanzado un nivel extraordinario, tanto por ese carácter universal como por su, en general, elevada calidad. Pero, quizá precisamente por ello se ha producido la masificación de la demanda en las consultas y en los servicios de urgencias. Muy probablemente este sistema hace que tal demanda tienda al infinito y que, como consecuencia, surjan las obligadas listas de espera y se produzca la “pérdida de oportunidad”. Por lo tanto, cabe preguntarnos en este punto: ¿nuestro sistema sanitario puede cubrir la atención de todos y, además, al instante? ¿Puede hacerlo algún sistema sanitario moderno? A poco que se medite, la respuesta es no. De ahí que sea necesaria la deliberación de todos los poderes públicos implicados para

alcanzar el consenso a la hora de desarrollar las medidas correctoras más adecuadas en el momento presente; sin olvidar que las situaciones cambian y que las normas precisan ser actualizadas en razón de eficacia y eficiencia de manera periódica.

No debemos olvidar que ese carácter universal y de igualdad conlleva un comportamiento individual, corporativo, social y finalmente cultural, que suele tomarse las más de las veces como jurídico y económico, y no como una ética ciudadana. De ahí que sean precisas: *a)* una ética clínica, ocupada por los problemas que surjan en el cuidado del paciente; *b)* una ética de la gestión y de la organización como empresa sanitaria; *c)* una deontología profesional en todos los estamentos sanitarios, y *d)* una ética del uso que, sea público o privado, tenga en cuenta que lo que se utiliza puede afectar a terceros por la referida universalidad.

Como la vida misma, la pérdida de oportunidad ha existido siempre y afectará al individuo por su propia constitución o por la transgresión de unas normas o preocupaciones profilácticas de lo que se entiende por salud. Sin duda, es y será precisa una distribución racional de los recursos. Ello, junto con una visión ética por parte de quien los gestione y quien los utilice, debe llevar a una reducción de situaciones injustas e ingratas para todos los implicados y a la atención con eficiencia de las necesidades materiales, mentales y espirituales del ser humano enfermo.