

# La Pérdida de Oportunidad en las Reclamaciones y Sentencias

de Responsabilidad Patrimonial

Aspectos Médicos, Jurídicos y  
Jurisprudenciales

---

Coordinador de la Edición:  
Francisco José Martínez López



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO



# La Pérdida de Oportunidad en las reclamaciones y sentencias de responsabilidad patrimonial. Aspectos Médicos, Jurídicos y Jurisprudenciales

Coordinador de la Edición:  
Francisco José Martínez López



*aeGRis*  
ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
GESTIÓN DE  
RIESGOS SANITARIOS



Edita:

© INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA  
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y RECURSOS HUMANOS  
SERVICIO DE RECURSOS DOCUMENTALES Y APOYO INSTITUCIONAL  
Alcalá, 56 - 28014 Madrid  
NIPO: 356-06-020-3  
ISBN: 84-351-0398-6  
Depósito Legal: M. 47.234-2006  
Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional  
de Gestión Sanitaria: n.º 1.851  
Impresión y encuadernación: Closas-Orcoyen, S. L.  
Polígono Igarsa, Paracuellos de Jarama (Madrid)

# ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
A MODO DE PRÓLOGO .....	5
Iª JORNADA DE PRIMAVERA .....	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
AUTORES.....	11
PRESENTACIÓN DE LA PUBLICACIÓN.....	13
LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	17
CAPÍTULO I. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO .....	23
I.1. Riesgo, incertidumbre y error en la práctica sanitaria.....	25
I.2. La pérdida de oportunidad en las sentencias de responsabilidad de nuestra base de datos .....	51
I.3. A propósito del teorema de Bayes. Nota breve.....	69
CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS ACERCA DEL CONCEPTO PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD COMO SITUACIÓN INDEMNIZABLE .....	73
II.1. La doctrina de la pérdida de oportunidad en el ámbito de la responsabilidad sanitaria. Doctrina general y evolución en Derecho comparado .....	75
II.2. La doctrina de la pérdida de oportunidad en el ámbito de la responsabilidad sanitaria: estudio jurisprudencial .....	89
CAPÍTULO III. CONSIDERACIONES MÉDICAS SOBRE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD: CUÁNDO MÉDICAMENTE SE PUEDE CONSIDERAR LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD .....	103
III.1. La pérdida de oportunidad en el cáncer de mama .....	105
III.2. La pérdida de oportunidad en el cáncer de ovario: diagnóstico y seguimiento .....	121
III. 3. La pérdida de oportunidad en el carcinoma broncogénico .....	131
III. 4. Neoplasia pancreática. Cáncer de páncreas y pérdida de oportunidad ....	137
III. 5. La pérdida de oportunidad desde la gestión .....	143
CAPÍTULO IV. CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS INFORMES TÉCNICOS.....	147
IV.1. ¿Cómo abordar la supuesta pérdida de oportunidad en los informes técnicos? .....	149

IV.2. La doctrina de la pérdida de oportunidad: un abordaje desde la Atención Primaria .....	155
IV.3. La doctrina de la pérdida de oportunidad: un abordaje desde la gerencia..	163
CAPÍTULO V. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EPIDEMIOLOGÍA DEL RIESGO. ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS .....	169
V.1. Epidemiología del error.....	171
V.2. El punto de vista de la enfermería .....	179
EPÍLOGO .....	183

## A MODO DE PRÓLOGO

Desde la última década del siglo XX la gestión de riesgos y la seguridad de los pacientes constituyen aspectos novedosos en la literatura y práctica médicas; son también conceptos recientes introducidos en la gestión de los centros y servicios médicos y ambas se han convertido en una de las prioridades que se marcan las autoridades sanitarias de todos los países desarrollados.

Una de las actividades que se suelen llevar a cabo en los programas de gestión de riesgos es el análisis del entorno jurídico —cambiante— en el que se dilucidan las cuestiones de responsabilidad sanitaria, afectan éstas directamente a los profesionales o, como responsabilidad patrimonial, a las instituciones, públicas o privadas.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria —ente gestor de la Seguridad Social adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo— aceptó en 2005 la oferta de colaborar en la realización de la Iª Jornada de Primavera de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios, pionera en la gestión de riesgos sanitarios y, en su momento, formada mayoritariamente por profesionales del extinguido Instituto Nacional de la Salud.

El éxito alcanzado por la convocatoria, puesto de manifiesto tanto por el número de asistentes como por el contenido científico, nos ha hecho aceptar la publicación de esta monografía, que trata del novedoso y relevante concepto jurídico de la pérdida de oportunidad en las reclamaciones y sentencias de responsabilidad patrimonial.

Con esta publicación, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria continúa con la tradición del Instituto antecesor (INSALUD) de publicar aquellos informes de objetivo interés e importancia relacionados con las prestaciones sanitarias del sistema público.

Esta publicación que se presenta al lector aúna elementos jurídicos relevantes y consideraciones médicas de gran interés, expuestos unos y otras por destacados especialistas y expertos, y que aportan el “estado de la cuestión” más actual de los temas que abordan.

Creemos que la prioridad que nuestro Ministerio de Sanidad y Consumo está otorgando en todos los aspectos, incluídos los de apoyo económico y financiero, a los programas de mejora de la seguridad de los pacientes, constituye un acicate para que tanto las Asociaciones Privadas como los Organismos públicos, en este caso el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, colaborem estrechamente para lograr las mejoras que los profesionales, los pacientes y las organizaciones desean introducir en los procesos asistenciales.

A la comunicación y difusión de las actividades que fundamentan estas mejoras se dirige la presente publicación.

Francisco Javier MUÑOZ AIZPURU. Director  
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Madrid, septiembre de 2006.



# **Iª JORNADA TÉCNICA DE PRIMAVERA SOBRE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

**Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios (AEGRIS)**

**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**

**Lugar:** Aula Maluquer. Salón de actos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.



## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los Moderadores y Ponentes que han participado en la Jornada científico-técnica

A todos los Asistentes a la Jornada

A las Colaboradoras de la edición:

Alicia Delgado Gómez

Pilar Vela Pérez

M<sup>a</sup> Jesús Amez González

Al Apoyo Logístico de:

Inmaculada González Pérez

A los Patrocinadores:

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

Corredurías: AON, Unipsa

Compañía de Seguros: Zurich

Gabinete Jurídico: ASJUSA Letramed

A la Secretaría Técnica: Sanicongres



## AUTORES

**Francisco José Martínez López.** Médico Inspector de la Administración de la Seguridad Social. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

**José M<sup>a</sup> Ruíz Ortega.** Médico Inspector de la Administración de la Seguridad Social. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad

**Francisco Javier Muñoz Aizpuru.** Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

**Rafael Alvarez Cáceres.** Médico. Físico. Experto y Profesor de Informática y Estadística.

**Federico Montalvo Jääskeläinen.** Socio Director Asjusa Letramed. Profesor colaborador Derecho Constitucional, ICADE. Asesor Jurídico Zurich España

**Javier Moreno Alemán.** Socio Director Asjusa Letramed. Profesor colaborador Derecho Administrativo, ICADE. Asesor Jurídico Zurich España

**Ricardo Pardo García.** Cirujano. Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos. Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

**Antonio González González.** Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. H.U La Paz. Madrid.

**Vicente Díaz-Hellín Gude.** Médico Adjunto. Servicio de Cirugía de Tórax. H.U. "12 de Octubre". Madrid

**Angel de la Calle Santiuste.** Jefe de Sección. Servicio de Cirugía General C. H.U. "12 de Octubre". Madrid

**Juan Carlos Bureo Dacal.** Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna H.U. "Infanta Cristina". Badajoz. Ex - Presidente de la Sociedad Extremeña de Medicina Interna. Subdirector General. SES

**Julián Paredes Martínez.** Médico Inspector de la Administración de la Seguridad Social. CA de Murcia

**Julio Bermejo Crespo.** Médico de Familia. EAP de Las Rozas (Madrid)

**Jesús Lopera Flores.** Médico Medicina Intensiva. Ex Gerente de Hospital. Director Territorial de INGESA en Ceuta

**Nuria Sanz Alvarez.** Médico de Familia. Coordinadora de EAP. El Bercial. Getafe (Madrid)

**Begoña Llamazares Canseco.** Enfermera. SESCAM



## **PRESENTACIÓN DE LA PUBLICACIÓN.**

### **Los motivos. Los objetivos.**

**Francisco José Martínez López**  
**Presidente de AEGRIS**

### **PRESENTACIÓN**

La publicación que presentamos, cuya edición ha dependido de la disposición manifestada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, trata un tema de gran interés en los ámbitos médico y jurídico, y recoge, de manera ampliada, los trabajos presentados en la 1ª Jornada de Primavera de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios.

La realización de esta 1ª Jornada, actividad propuesta en el VIII Congreso de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios que tuvo lugar en Vigo en Octubre de 2004, pretendió un doble objetivo:

1.- Facilitar el contacto personal entre los socios de AEGRIS, posibilitando el poder reunirse y tener conocimiento actualizado de la marcha de la Asociación.

2.- Tratar in extenso algún tema técnico de interés para el desempeño de su actividad en la gestión de riesgos sanitarios y seguridad de los pacientes.

El marco conceptual en el que se encuadró la sesión científico-técnica y en el que también se encuadra la publicación cuyo contenido deriva en parte de la misma, ha sido el siguiente:

a) La doctrina de la pérdida de oportunidad constituye una de las cuestiones más relevantes en el ámbito de la responsabilidad médica y del Derecho Sanitario. Se trata de una cuestión que incide directamente tanto en la valoración técnica de los supuestos de responsabilidad (ya que puede determinar una ruptura del nexo de causalidad, y ello pese a que el funcionamiento del servicio haya sido incorrecto), como en la valoración económica de los casos, cuando se estime que la reclamación sea merecedora de ser indemnizada. Sin embargo, pese a su trascendencia, que ya ha sido recalcada por los países de nuestro entorno, falta en nuestro país una doctrina clara y precisa sobre la misma, si bien ya ha habido Tribunales de Justicia que han hecho aplicación práctica de la misma (en especial, la Audiencia Nacional).

Con la publicación que nos ocupa se pretende dar una visión tanto teórica como práctica de las consecuencias legales de la pérdida de oportunidad, comprobando cuál ha sido su aplicación por nuestros Tribunales de Justicia (relación de casos más significativos) y por los Tribunales de otros países, con el fin de que, aquellos que vienen participando en la gestión de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria española, sean conscientes de su trascendencia a la hora de valorar los casos.

b) Una vez definido el marco conceptual de la pérdida de oportunidad en el ámbito jurídico, analizaremos la situación que puede presentarse, desde el punto de vista clínico, en determinados procesos patológicos. El título con el que podemos encabezar este capítulo será “Consideraciones médicas sobre la pérdida de oportunidad: cuándo, médicamente, se puede considerar la pérdida de oportunidad *quoad vitam*”.

En este epígrafe se analizará la posible existencia o ausencia de la situación jurídica pérdida de oportunidad, desde el punto de vista médico, en determinadas situaciones clínicas y procesos patológicos. Los diferentes autores expondrán si, desde el punto de vista médico, hay realmente, y cuándo, una posible pérdida de oportunidad en los procesos ominosos relacionados. Se trata de fijar el estado médico de la cuestión en el momento actual y responder a los interrogantes que los profesionales jurídicos y los peritos y técnicos médicos puedan plantear como consecuencia de su actividad profesional.

Los procesos sobre los que los autores, verdaderos especialistas en cada una de las patologías, versarán, son los siguientes:

- a) La pérdida de oportunidad en el cáncer de mama
- b) La pérdida de oportunidad en cáncer de ovario
- c) La pérdida de oportunidad en cáncer de pulmón
- d) La pérdida de oportunidad en la neo de páncreas

Un especialista en Medicina Interna, en ese momento volcado en la gestión sanitaria, nos expone algunas reflexiones sobre la pérdida de oportunidad.

c) Como es conocido, todos menos uno de los Servicios Regionales de Salud españoles han contratado seguros de responsabilidad civil o patrimonial, que cubren dentro de ciertos límites, la responsabilidad económica derivada de la producción de efectos adversos cuyas consecuencias el paciente no tiene obligación jurídica de soportar.

En el extinguido Instituto Nacional de la Salud, desde 1995 se estableció un sistema de gestión de este tipo de reclamaciones económicas<sup>1</sup>, que con algunas leves modificaciones se mantuvo hasta la transferencia de las competencias de aquél, y todavía sigue vigente en algunas de las Comunidades Autónomas que recibieron las transferencias de gestión sanitaria.

Uno de los elementos novedosos del procedimiento estribaba en la obligatoriedad de realizar un informe técnico por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios, que los Tribunales de Justicia han llegado a valorar muy positivamente<sup>2</sup>.

A lo largo de los años transcurridos desde 1995, fecha en que se puso en marcha el procedimiento antes citado en el INSALUD, la doctrina de la pérdida de oportunidad ha ido constituyéndose de manera lenta y no lineal, como nos ponen de manifiesto las exposiciones de destacados juristas, lo que unido a las situaciones clínicas que los Médicos Inspectores tenían que evaluar nos indujo a analizar, en las sentencias de nuestras bases de datos, la frecuencia y distribución de este considerando. Fruto de este análisis<sup>3</sup> surgió una de las razones para definir el tema de esta publicación y de la Jornada que previamente llevamos a efecto.

Las preguntas que nos hacíamos eran: ¿Cómo abordar la supuesta pérdida de oportunidad en los informes técnicos? ¿Cómo recoger en los informes técnicos de los profesionales médicos la supuesta pérdida de oportunidad, en los procesos en los que su existencia es discutible desde un punto de vista estrictamente médico?

Tengamos en cuenta que la realización de informes por los técnicos y la valoración que en ellos queda reflejada a veces se encuentra con dificultades ante los profesionales asistenciales y ante los directivos. Sus opiniones, la de los Inspectores Médicos, son relevantes, pero no vinculantes. Los diferentes autores escriben con brevedad y precisión los problemas que se les plantean tanto a los Inspectores Médicos como a los clínicos, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, cuando puede entrar en juego la pérdida de oportunidad.

Las sentencias de los Tribunales son de obligado cumplimiento, pero algunas de ellas nos producían incomodidad ya que, como médicos, sabemos que no todo lo posible es probable y que, estadísticamente, en una serie de procesos que se suelen denominar ominosos, ciertos retrasos en el diagnóstico o en la terapéutica, salvo un milagro laico, carecen de relevancia en el pronóstico “quoad vitam”.

Quisimos saber más sobre este novedoso concepto jurídico, cuya aplicación a determinados procesos reclamados no pocas veces va acompañada de insatisfacción en los profesionales sanitarios que manejan estas situaciones, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito administrativo.

Espero que esta publicación incremente nuestro conocimiento, gracias a las aportaciones de auténticos expertos en el campo clínico y en el jurídico.

d) Finalmente, la publicación aborda algunos temas complejos y un si es no es conflictivos. Hasta la aparición del estudio ENEAS del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>4</sup> la mayor parte de los datos sobre efectos adversos presentados por una Administración Pública era la que INSALUD facilitaba. Los autores responsables del capítulo correspondiente presentan datos interesantes en relación con el nivel de Atención Primaria: unos cuantitativos, otros reivindicativos.

La pérdida de oportunidad que puede presentarse en los procesos atendidos en el ámbito de la Atención Primaria es francamente diferente a la que se puede presentar en los procesos de hospitalización, ya que en Atención Primaria la información fundamental recogida es la sintomática, lo que puede hacer más frecuente la posible pérdida de oportunidad. Además, la coordinación entre niveles, la derivación de pacientes, el acceso a la tecnología de los profesionales de Atención Primaria constituyen elementos que favorecen o dificultan la aparición de pérdida de oportunidad.

También en este nivel la voz de la enfermería se hace escuchar en esta publicación

Por último, dejar constancia de que las opiniones vertidas en los textos de esta publicación son responsabilidad exclusiva de sus autores, no de las instituciones a las que pertenecen.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Martínez López, FJ y Ruíz Ortega, JM Manual de Gestión de riesgos Sanitarios. Díaz de Santos. Madrid 2001.

<sup>2</sup> Martínez López, FJ. La opinión y la jurisdicción en la gestión de riesgos sanitarios: algunos aspectos a considerar. Rev Adm Sanit 2004; 2(2): 275-86.

<sup>3</sup> Martínez López FJ, Vela Pérez P, Puente García, J. La pérdida de oportunidad en las sentencias de la Audiencia Nacional por hechos objeto de cobertura del contrato de seguro de responsabilidad civil. VIII Congreso AEGRIS. Sevilla 2005. [www.aegris.org](http://www.aegris.org)

<sup>4</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

# **SITUACIÓN DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

**Francisco Javier Muñoz Aizpuru**

Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria



# **INTRODUCCIÓN DE BIENVENIDA Y SITUACIÓN DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

## **(Transcripción del audio)**

**Francisco Javier Muñoz Aizpuru**

Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

El tema propuesto para la Jornada de Primavera tiene muchísimo interés en sí mismo y este interés es máximo porque se plantea con un enfoque multidisciplinar. Por ello yo, desde luego, felicito a Aegris; sin este enfoque del problema yo creo que el tema se quedaría cojo. En las dos primeras conferencias, excelentes profesionales del derecho y de la medicina van a abordar las consideraciones jurídicas y médicas sobre la pérdida de oportunidad, para pasar en las conferencias posteriores a cómo tratarla en los informes técnicos y al reto, que a mí me parece muy importante, que la extensión de esta tendencia jurídica puede plantear y provocar en la práctica clínica diaria, tanto en atención especializada como en la atención primaria.

Es sabido que nuestra Constitución de 1978 en su artículo 9 sienta un principio general de responsabilidad de los poderes públicos, responsabilidad que, a partir de ese principio del artículo 9, se extiende a todos los poderes del Estado, y en el artículo 106 queda fijada la responsabilidad de las Administraciones.

### **Artículo 9**

- 1. Los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico.*
- 2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.*
- 3. La Constitución garantiza el principio de legalidad, la jerarquía normativa, la publicidad de las normas, la irretroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales, la seguridad jurídica, la responsabilidad y la interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos.*

### **Artículo 106**

- 1. Los Tribunales controlan la potestad reglamentaria y la legalidad de la actuación administrativa, así como el sometimiento de ésta a los fines que la justifican.*

2. *Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.*

En la parte de la Constitución dedicada al Poder Judicial lleva la responsabilidad digamos del Estado al ámbito jurisdiccional, al Juez; esta responsabilidad es luego desarrollada por la Ley Orgánica del Poder Judicial, aunque de manera imperfecta. Pero con fundamento en el artículo 9, la Ley 30/92 ya empieza a desarrollar ciertas ideas provenientes del Consejo de Estado Francés respecto a la responsabilidad del Estado legislador. Por tanto, yo creo que la Constitución de 1978, a partir de ese principio fundamental del artículo 9, del principio de responsabilidad, va marcando precisamente cómo debe fijarse la responsabilidad en todos los poderes del Estado, aunque no desarrolla la propia Constitución la responsabilidad del Estado original.

Con ello lo que la legislación recoge es una práctica que se había venido incorporando en España en el ámbito forense, una práctica muy desarrollada en la doctrina del Consejo de Estado a partir de la Ley de Expropiación Forzosa, a partir del artículo 40 y 41 de la Ley de Régimen Jurídico de la entonces vigente Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado. Esta práctica iba produciendo una doctrina sobre la responsabilidad de los poderes públicos, pero lo que ocurre con la Constitución es precisamente la ampliación de esa responsabilidad, ensancha su campo de actuación y aplicación, lo fija definitivamente y lo constitucionaliza en cuanto al poder público, digamos administración, y también lo ensancha enormemente en los supuestos de error judicial, dilación indebida, prisión preventiva indebida, etc.

En lo que nos compete a nosotros- a la administración sanitaria- estimo que se fue desarrollando ya antes de la Constitución, pero sobre todo a partir de la misma, la idea clara de la socialización del riesgo, o sea, el riesgo tenía que ser socializado: una persona que padeciese por el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos tenía que ser indemnizada si se había producido un daño que no tuviese obligación de soportar. Esa socialización del riesgo, esa concepción del Estado como asegurador universal es un principio que ha avanzado y yo creo que ahora pasa a ser un principio relativamente indiscutible aunque lógicamente conviene modular.

En cuanto a la profesión médica y a la prestación sanitaria en general hubo una evolución que se marcó además con grandes problemas, como fue el tema de las transfusiones de sangre, etc., etc., que fueron marcando una postura tanto en la jurisprudencia como en la doctrina del Consejo de Estado. Evidentemente esta cuestión se dio en un campo donde el principio exigido de la *lex artis* era absolutamente fundamental como parámetro para concebir después la responsabilidad. Se siguió exigiendo el nexo causal, lógicamente, entre el daño producido y la actividad asistencial. El problema es que precisamente el campo sanitario es un campo muy específico por cuanto se discutía hasta qué punto se tenía que producir un resultado, porque evidentemente el resultado dañoso, que es muy evidente en otros campos, en este campo el resultado dañoso puede producirse pero no por defectos de ningún tipo de la prestación sanitaria.

En todo este campo de la prestación sanitaria que, yo estoy seguro, lo van a explicar excelentes juristas como he señalado, surge la doctrina, traída sobre todo de la influencia francesa que empieza a aparecer en alguna sentencia del año 1999, de la pérdida de oportunidad o la "pérdida de chance". Se basa en que aquí lo que se prote-

ge no es el daño, lo que se evalúa no es el daño producido únicamente sino la falta de certeza o seguridad de lo que habría ocurrido si el médico hubiese proporcionado al paciente todos los remedios que la ciencia médica aconseja.

Ya se plantea un campo que puede revolucionar determinadas cuestiones porque ya no se está evaluando el daño por una mala praxis médica, el daño por una mala praxis sanitaria en general, ya que puede abarcar también enfermería etc., sino que se evalúa precisamente por lo que hubiese podido ocurrir si se hubiese prestado en todas las posibles condiciones.

Claro, hay autores, como por ejemplo Izquierdo, que dice que es un artificio judicial que sustituye la reparación de un daño no probado por algún daño que no consiste en otra cosa que la pérdida de una posibilidad de curación. Entonces nos situamos en un tema muy importante, que es: ¡oiga! ¿cómo se puede deducir la pérdida de posibilidad de una curación? Entonces, claro, nos metemos en un campo que ya digo se va abordar mucho más profundamente, que es el campo de la estadística, qué probabilidad hay de curación. Estas cuestiones estadísticas han llevado después a que en las resoluciones finales la graduación de la indemnización se haya producido de acuerdo con la estadística. Así, si el juez estimaba, desde el punto de vista de la probabilidad, que la posibilidad de curación era prácticamente total, entonces se evalúa totalmente el daño; pero si en cambio la posibilidad de curación era más parcial esto nos lleva a evaluar de otra manera.

Todas estas consideraciones van a ser, me figuro, tratadas muchísimo mejor que por mi hoy, pero lo quiero decir como presentación general, porque ya decimos que no se puede deducir con exactitud matemática en un campo como el sanitario lo que se hubiese podido producir a lo largo de un proceso asistencial, y por tanto desde un punto de vista jurídico lo que se gradúa mucho es precisamente el nexo causal, aunque yo desde luego no soy de la tesis de Izquierdo de que es un artificio sino que creo que es una graduación lógica, en un campo tan específico como es el sanitario, del nexo causal.

Finalmente, lo que esto nos lleva a considerar es qué medidas se necesitan tomar ante esta tendencia, por ejemplo en Atención Primaria, sobre lo que va a tratar una de las ponencias; me figuro que se verá hoy la especial incidencia que puede tener en Atención Primaria, donde, probablemente el profesional sanitario va a tener que documentar muchísimo más todas las actuaciones, va a tener, digamos, que constatar con pruebas objetivas, en lo que se ha llamado medicina basada en la evidencia o, mejor, medicina basada en pruebas. Pero precisamente como un contraste con pruebas objetivas, que no siempre es fácil ni posible obtener en determinadas especialidades y pacientes, como por ejemplo en Psiquiatría.

Bien, todo lo anterior comprende algunos de los enfoques tanto jurídicos como médicos que creo hay que dar a esta nueva tendencia jurisprudencial, nueva ya de seis años. Valorar qué efectos tiene en la práctica médica y cómo en los diversos campos profesionales sanitarios se tiene que ir abordando para que este principio, tan importante y constitucional que he recordado, de responsabilidad se vaya pudiendo desarrollar.

Muchísimas gracias por vuestra participación.



## CAPÍTULO I

# LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO

### 1. RIESGO, INCERTIDUMBRE Y ERROR EN LA PRÁCTICA SANITARIA

FRANCISCO JOSÉ MARTÍNEZ LÓPEZ  
Presidente de AEGRIS

JOSÉ M<sup>a</sup> RUIZ ORTEGA  
Médico Inspector de la Administración de la Seguridad Social.  
Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad

### 2. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN LAS SENTENCIAS DE RESPONSABILIDAD DE NUESTRA BASE DE DATOS

FRANCISCO JOSÉ MARTÍNEZ LÓPEZ  
Presidente de AEGRIS

### 3. A PROPÓSITO DEL TEOREMA DE BAYES. Nota breve

RAFAEL ÁLVAREZ CÁCERES  
Médico. Físico. Experto en Estadística e Informática.



## **I.1. RIESGO, INCERTIDUMBRE Y ERROR EN LA PRÁCTICA SANITARIA**

**Francisco José Martínez López  
José M<sup>a</sup> Ruíz Ortega.**

De siempre se ha sostenido que la Medicina es una ciencia y es un arte. A partir de los últimos años del siglo XIX la vertiente científica de la medicina se ha hecho cada vez más relevante, y ya en este siglo los avances científicos han puesto a la medicina “casi” al nivel de una ciencia experimental en toda su acepción.

De manera notable, este alto nivel científico de la práctica médica, o tal vez a causa de él, no ha reducido las probabilidades de error y de producción de efectos adversos a los pacientes, lo que sitúa a la asistencia sanitaria en un marco de una cierta conflictividad, haciendo añorar, se dice, situaciones anteriores de la relación médico-enfermo, menos eficaces pero en teoría menos conflictivas.

Si siempre la práctica médica se ha caracterizado por la convivencia inevitable con el riesgo y con la incertidumbre, en los últimos tiempos, además, se tiene que enfrentar a las posibles “pérdidas de oportunidad”, entendidas desde un ámbito jurídico, ya que desde el punto de vista médico y sanitario siempre se ha tenido en cuenta, como uno de los autores nos pondrá de manifiesto en su exposición: la valoración de la oportunidad de un diagnóstico, de la oportunidad de un tratamiento constituyen desde siempre un aspecto fundamental del quehacer médico.

Creemos oportuno recordar algunos conceptos que nos ayudarán a situar el escenario en el que se pueden producir las “pérdidas de oportunidad”, objeto de esta monografía.

### **a) Introducción terminológica**

Es conveniente comenzar con una serie de precisiones terminológicas ya que sólo se percibe aquello que se entiende. A veces se utilizan en el ámbito sanitario o en relación con él, de manera imprecisa, conceptos de significado dispar en forma de sinónimos, tales como posibilidad y probabilidad o riesgo e incertidumbre, incluso coste y pérdida de oportunidad (uno del ámbito económico y otro del ámbito jurídico), sin olvidar que la pérdida de oportunidad puede tener un coste jurídico y económico.

La aplicación del concepto jurídico pérdida de oportunidad en el ámbito de la asistencia sanitaria es relativamente reciente, y en su elaboración se tienen en cuenta diferentes aspectos de la praxis médica, que es sabido constituye una actividad de riesgo y con riesgo: para los pacientes, para los profesionales y para las organizaciones.

Cuando estos riesgos dan lugar a efectos adversos, reales o posibles, la valoración del grado, del tipo y de la posible indemnización económica de la responsabilidad exi-

gible o reclamada requiere tener en cuenta conceptos y métodos no siempre dominados por los profesionales médicos y jurídicos involucrados en la resolución de este tipo de sucesos. Por ello consideramos pertinente recordar algunos términos y condicionantes de la praxis médica, recogiendo en parte el contenido de nuestro Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios<sup>1</sup>.

La Real Academia de la Lengua Española, en la vigésimo primera edición de su diccionario, define el concepto riesgo, derivado de la palabra antigua *restar* (cortar), como “contingencia o proximidad de un daño”, siendo su origen la palabra latina *resecare*. También admite “cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro”.

Se deduce de la noción “riesgo” un peligro o un resultado no deseado (daño posible); además sugiere la posibilidad de medida de su aparición utilizando, como veremos más adelante, teorías matemáticas. Lo que no da lugar a duda alguna es que el concepto del sustantivo riesgo no tiene nada que ver con el de **incertidumbre**. En efecto, este vocablo, empleando la misma referencia bibliográfica antes expuesta, puede definirse como falta de certidumbre; duda o perplejidad, siendo sinónimas las palabras incertinidad, incerteza, incercitud o inseguridad. Por tanto, es antónimo a **certeza** que es “seguro, obligación de cumplir una cosa”. Incertidumbre implica duda, oscuridad, falta de precisión e indeterminación.

Finalmente, quizá sea útil despejar la duda acerca del vocablo **yerro**, que aún derivando del verbo errar, es definido por el diccionario como “falta o delito cometido, por ignorancia o malicia, contra los preceptos y reglas de un arte y, absolutamente, contra las leyes divinas y humanas”, reconociéndose también una segunda acepción “equivocación por descuido o inadvertencia, aunque sea inculpable”. **Errar** es, a su vez, tipificado como “no acertar” o “faltar, no cumplir con lo que se debe”. En esquema:

TÉRMINOS	DEFINICIÓN	SINÓNIMOS
<b>Riesgo</b> <b>Error</b> <b>Incetidumbre</b>	Contingencia o proximidad de un daño No acertar, no cumplir con lo que se debe Falta de certeza; duda o perplejidad	Peligro, escollo Equivocación, fallo Incetinidad, inseguridad

El riesgo es un concepto que puede deducirse utilizando la teoría matemática.

Si calculamos la probabilidad de que aparezca un as al tirar un dado, podemos afirmar que es de 1/6 (una aparición cada seis tiradas); si en 300 lanzamientos el as sale más de 50 veces, podemos afirmar que el dado se encuentra algo “trucado” o que el rival tiene mucha suerte. Sin embargo, si se desconoce cuántos lados tiene un dado, cómo son, ni sabemos las reglas del juego, el contexto queda en situación de incertidud, lo que tampoco significa que no pueda gestionarse.

La toma de decisiones en condiciones de riesgo se liga a la teoría de probabilidades ya que su cálculo puede conseguir un modelo racional de comportamiento.

Toda estrategia, cualquiera que sea el campo de aplicación, tiene algo de apuesta ya que permite, a partir de una decisión inicial (por ejemplo, operar o no operar; iniciar tratamiento quimioterápico o radioterápico, etc.), imaginar un número de escenarios (curar o paliar, tasas y duración de la supervivencia en determinadas patologías, aparición de complicaciones graves o muy graves) que pueden ser modificados según las informaciones que llegan en el transcurso de la acción y según los elementos del azar (aleatorios y variables) que perturbarán dicha operación. Sin embargo, la estrategia se enfrenta al azar buscando información. Utilizando un símil militar (recordando que el término estrategia proviene de este ámbito), un ejército envía espías para eliminar la incertidumbre al máximo obteniendo información. Por tanto, la estrategia saca ventaja al azar; asimismo, si existen adversarios, intenta aprovecharse al máximo de los errores que cometan.

De lo señalado hasta aquí podemos ya establecer una clarificación terminológica. **Certidumbre** es un estado de la naturaleza en el cual el valor que toman todas las variables que condicionan las decisiones, es perfectamente conocido (cada alternativa de actuación conduce sólo a una consecuencia, por lo que se puede elegir entre alternativas o consecuencias).

Puede afirmarse que **riesgo** es la circunstancia que ocurre cuando todas las variables no toman un único valor sino varios, pero la probabilidad de que ocurran o salgan esos valores es conocida (cada alternativa conduce a varias consecuencias conociéndose la probabilidad de cada una de ellas). **Incertidumbre** es la situación que resulta cuando, conociendo el valor de una variable, es imposible exponer con qué nivel de probabilidad aparecerá (probabilidades desconocidas). Por tanto estos conceptos son grados en orden decreciente del conocimiento de una situación determinada y muy a tener en cuenta cuando se trata de juzgar una posible responsabilidad profesional.

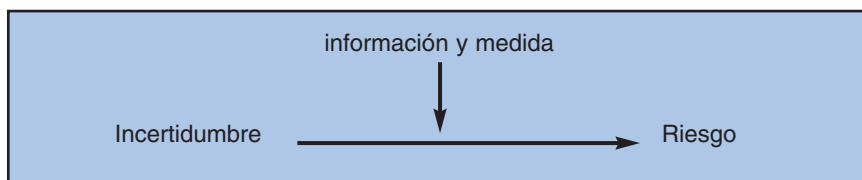
Un riesgo, podemos afirmar, es un peligro de un tipo muy particular. Es un peligro del que se considera que ocurre de forma aleatoria, sin causa. Es un peligro donde se trata menos de imputar una causa a hechos pasados como de prever ocurrencias en el futuro. Paradójicamente, su predicción resulta posible debido a su carácter aleatorio: el azar obedece a unas reglas, que la recogida de información estadística y su cálculo probabilístico permiten adivinar. La noción de riesgo aparece como un reductor de la incertidumbre.

Un problema que surge de inmediato en el ámbito de la gestión de riesgos sanitarios es saber determinar si las decisiones que se toman se hacen en situaciones de riesgo o de incertidumbre.

Para resolver este dilema, de máxima aplicación en el campo de los servicios sanitarios, resulta muy útil la aplicación del teorema de Bayes. A partir de experiencias previas, el teorema permite calcular nuevas probabilidades a partir de estas probabilidades previas y la aparición de nuevas evidencias empíricas (opiniones de expertos, nuevos resultados de investigaciones, etc.). La nueva información resultante rectifica las probabilidades anteriores y de esta manera se consigue reducir las situaciones de incertidumbre.

Una actualización sobre este tipo de probabilidades puede consultarse en los textos de estadística<sup>2</sup> y también en internet<sup>3</sup>.

## b) Riesgo e incertidumbre en la práctica médica



En el campo sanitario han surgido, en los últimos tiempos, diversos escenarios que han introducido nuevos paradigmas que hacen razonables los cambios sin precedentes acaecidos en la historia de la sanidad. Entre estos, se ha de destacar aquél que basa su estrategia en la recogida y análisis de la información para transformarla en pruebas o evidencias científicas que logren disminuir la variabilidad en la toma de decisiones clínicas, asegurar los posibles beneficios y evitar los inconvenientes derivados de la introducción de nuevas tecnologías. La complejidad de la práctica profesional es debida, entre otras muchas razones, a la incertidumbre que rodea la toma de decisiones en el campo sanitario.

La causa más frecuente de incertidumbre es, por tanto, la falta de evidencia empírica o, en el mejor de los casos, su mala calidad. Un conjunto de métodos de ayuda a la toma de decisiones en los servicios sanitarios son las revisiones sistemáticas de la evidencia científica (medicina basada en la evidencia), surgidas contra el empirismo científico imperante en los últimos años.

El término riesgo en el ámbito de la sanidad hace referencia inmediata a un peligro para el paciente en forma de resultado no esperado y, casi siempre, desfavorable. El riesgo es innato a las intervenciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas. Desgraciadamente también lo es la incertidumbre; esta ocurre cuando se ignoran las complicaciones derivadas de las distintas alternativas de acción ante un problema clínico determinado. Tanto es así que se ha llegado a decir que la historia de la medicina clínica es una historia de la toma de decisiones bajo incertidumbre<sup>4</sup>. La decisión, bajo esta premisa, parte del desconocimiento de las probabilidades de beneficios o inconvenientes en la aplicación de las alternativas. Ante esta situación, el clínico debe transferir parte de la decisión al paciente que ha de elegir, consciente y participadamente, alguna de las opciones que le presente el profesional; al respecto recordar que siempre existe una: “no hacer nada”. Tal supuesto forma parte de la doctrina del consentimiento informado cuyo desarrollo teórico no es el lugar de abordar.

El riesgo, pues, representa una situación real en la que hay que adoptar una elección. En el campo de la medicina, una elección racional debe tener en cuenta las aspiraciones y emociones del enfermo así como los riesgos que percibe. Por otra parte, esta participación de los pacientes en las decisiones ha impulsado a los científicos a cuantificar las opciones de riesgo y beneficio en términos de probabilidad; de esta forma se logra transformar la incertidumbre en riesgo.

La mayoría de los pacientes entienden el concepto de riesgo; sin embargo, la comunicación del mismo es compleja y difícil, siendo desconocida para un alto número de

profesionales la amplitud de información a proporcionar y la propia técnica de comunicación de riesgos.

La situación ideal sería aquella en que los clínicos pudieran decidir, entre las distintas alternativas, bajo condiciones de absoluta certeza. Pero lo cotidiano es que las decisiones se tengan que abordar bajo condiciones de incertidumbre.

A veces ocurre que las prácticas sanitarias se deciden en un marco de ignorancia; se traspasa, así, la frontera de la duda para penetrar en el campo del error. Incertidumbre e ignorancia difieren en el marco teórico: mientras que la primera conoce las alternativas aunque no puede precisar cuál es la más acertada, la ignorancia carece de ese saber. Convertir la incertidumbre en riesgo es aplicar la ciencia probabilística a la toma de decisiones; la clínica está obligada a realizar el esfuerzo de cuantificar sus opciones por lo que, sin duda, disminuirá su efectividad. Los profesionales asistenciales, además, necesitan formación para interpretar los riesgos de sus actos y, sobre todo, saber transmitirlos.

Podemos representar lo expuesto en la tabla nº 1:

**Tabla n.º 1. Diferentes escalas de la duda**

RIESGO	Se desconoce el valor concreto que tomará cierta magnitud en condiciones de futuro establecidas. Se conoce sólo una probabilidad o su distribución.
INCERTIDUMBRE	No sólo se desconoce el valor concreto que tomarán las magnitudes sino también la distribución de probabilidades por diversas causas (no evidencia, variabilidad, complejidad, etc.).
IGNORANCIA	Se desconoce no sólo el valor concreto que tomarán las variables y sus probabilidades sino también qué aspectos son los relevantes en la actividad que se analiza.
INDETERMINACIÓN	Como base de la escala de la duda. No se tiene nada claro cuál es el camino a seguir porque aún no se ha determinado cual es la hipótesis menos arriesgada, menos incierta o menos infundada.

Podemos traducir en un sencillo ejemplo lo expuesto en la tabla: si desconocemos el nivel de daño que produce un medicamento en una persona cuando lo ingiere, aunque sabemos que lo producirá con una probabilidad determinada, hablaríamos de riesgo. En el caso de la incertidumbre, desconocemos el rango de variabilidad del presunto daño causado por el medicamento; sabemos qué daño puede causar pero desconocemos la probabilidad de que ocurra (su frecuencia de aparición). Si desconocemos si el fármaco en cuestión puede ser tóxico al ser ingerido o a qué órganos puede afectar, nos referimos a la ignorancia (no se sabe qué puede pasar). Existe indeterminación previa en el caso del medicamento cuando se tienen que considerar un amplio elenco de posibilidades sobre la toxicidad del fármaco, generalmente incompatibles entre ellos, a la luz de los datos disponibles.

Otra fuente de incertidumbre es la variabilidad de modelos que se utilizan. Se invocan varias teorías de la incertidumbre como causantes de la variabilidad de la práctica clínica. Es cierto que no existen dos pacientes iguales y tampoco enfermedades, sino enfermos. En los casos en que existan dudas sobre la utilidad de las técnicas, procedimientos o tecnologías, cada profesional de la sanidad desarrolla un estilo de hacer propio y distinto al de los demás, determinando diferencias en la toma de decisiones que motivan la mutabilidad de la práctica clínica. La utilización de guías clínicas o protocolos amortigua este proceso al proporcionar herramientas consensuadas entre profesionales para la acción.

La incertidumbre en la práctica clínica constituye un factor de riesgo muy importante; evitar que conduzca a la comisión de errores es el objetivo final de la gestión de riesgos clínicos.

Un problema colateral en relación a la variabilidad lo forma la propia percepción errónea de las consecuencias del acto sanitario. La rutina en el hacer diario, la falta de interés por la formación y reciclaje, la dejación en el seguimiento del curso clínico de los pacientes conducen al conformismo de la propia práctica asistencial. La probabilidad de fallo o decisión inexacta se incrementa por la ausencia de criterios sobre adecuación diagnóstica, pronóstica o terapéutica.

Los **factores condicionantes** de la toma de decisiones inexactas son, entre otros, los siguientes:

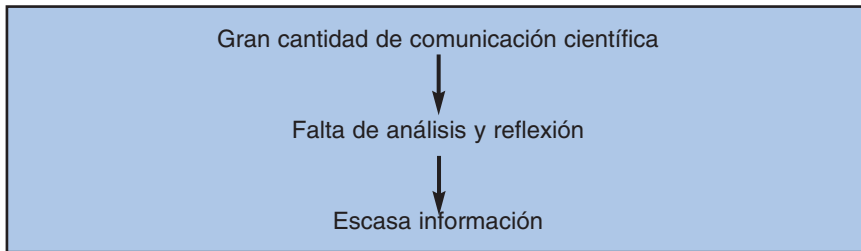
**Cuadro n.º 2.**

Escaso conocimiento científico y experiencia. Las decisiones se toman en base a este pobre bagaje.
Poca accesibilidad a las fuentes del conocimiento o falta de preparación para su correcto análisis.
La información disponible es poco fiable; a veces, incluso, obtenida de manera tendenciosa.
Las prácticas clínicas son impuestas por modas no contrastadas con la mejor evidencia.

La comunicación científica, hoy en día, llega a todas partes con gran profusión.

Los profesionales sanitarios no acuden ya a las fuentes tradicionales porque les sobrepasa la comunicación en los centros de trabajo y en sus domicilios. No ocurre lo mismo con la información. La falta de tiempo para el análisis y reflexión así como la propia comunicación que sustituye a la información, son dos de los principales problemas con los que se enfrenta el personal sanitario.

Pero el mayor inconveniente es el enorme volumen de la comunicación, lo que se ha venido en denominar bulimia comunicativa<sup>5</sup>. El profesional sanitario que desea informarse, se preguntará: ¿Cómo escoger? ¿Cómo resumir? ¿Cómo saber? ¿Cómo elegir unas prioridades? Se ha calculado<sup>6</sup> que existen más de 30.000 revistas científicas en el mundo que publican 2 millones de artículos biomédicos cada año.



Los conocimientos en materia sanitaria deben ser renovados sistemáticamente de manera permanente; la mayor parte de las veces son inabarcables por inmensos. Sin embargo, la actualización del conocimiento científico decae con el transcurrir del tiempo haciendo de la formación continuada clásica un instrumento inútil de aprendizaje.

Las decisiones de los médicos, entonces, se sustentan en tres apartados:

- a) Licenciatura: definida como una colección de normas diagnósticas y terapéuticas que se encuentran desfasadas de manera proporcional al tiempo que haga que el profesional terminara su carrera.
- b) Experiencia adquirida y aprendida de los maestros y compañeros con la carga de subjetivismo que soporta y los sesgos que acarrea.
- c) Factores del medio laboral<sup>7</sup>: incorpora la práctica del grupo donde trabaja, sobre todo la que aportan los líderes clínicos que ejercen fuerte influencia sobre el grupo. También mencionar la asistencia a Congresos, los incentivos de la industria sanitaria (farmacéutica y tecnológica) y otros incentivos, a veces perversos.

Cada médico tiene una forma personal de realizar la medicina que se concreta en la manera de manejar el proceso de toma de decisiones médicas y la búsqueda de la mejor solución a los problemas planteados por el enfermo<sup>8</sup>.

El ejercicio de la medicina en el contexto social del siglo XXI va a abordarse con un cambio cualitativo, que los profesionales se van a ver obligados a asumir. El conocimiento científico (ciencia pura o aplicada) se va a desarrollar de acuerdo a la denominada “medicina basada en la evidencia”, abandonando el empirismo científico de la última centuria o disminuyendo su influencia.

El profesional de la medicina, inmerso mayoritariamente en un sistema sanitario público que cambia sus modelos de gestión, se va a ver abocado a ser “proveedor” de servicios médicos, lo que exigirá formación en técnicas de gestión y de economía de la salud. Asimismo, el médico se encontrará inmerso en la toma de decisiones de la Administración sobre las prestaciones y la oferta de servicios, justificadas en razón de la evidencia científica y del resultado en salud. Resultados cada vez más previsibles que el médico debe garantizar.

También el ejercicio médico se modificará en los años próximos por el abordaje ético que exigen las nuevas técnicas que actúan sobre la naturaleza humana respecto a la eficacia/riesgo/beneficio y la confrontación entre las diferencias de conducta del médico, individuo y sociedad, que requieren nuevos códigos morales, consensuados en defensa del ser humano.

En consecuencia, el cambio cualitativo del ejercicio de la medicina en este siglo exige un esfuerzo creativo e innovador en formación continuada, además de introducir estos nuevos paradigmas en los currícula universitarios y de las especialidades médicas.

### **c) El error humano**

Aunque se dice que “errar es de humanos”, no siempre resulta fácil validar los errores de la práctica clínica en un complejo sistema asistencial. Y tanto más cuando un error médico adquiere una resonancia social difundida por los medios de comunicación que, muchas veces, desborda la propia sensatez.

En medicina la asociación entre el error y la condición humana data desde que Hipócrates enunció su célebre aforismo “primero no hacer daño”. Desde entonces la descripción del daño a los pacientes ha sido ajeno a la literatura médica. En 1955 Barr<sup>9</sup> calificó a los riesgos de la asistencia sanitaria como el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia; Moser en 1956, llamó a algunos resultados adversos comunicados en los pacientes como producto de “las enfermedades del progreso médico”<sup>10</sup>. Leape<sup>11</sup>, pionero en la investigación científica de los errores causados al atender pacientes, en 1994, llamó la atención sobre todo lo que el personal de salud puede aprender a través del análisis de los errores. En el 2000, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos presentó a la opinión pública el informe “Errar es Humano”<sup>12</sup> con una proyección numérica llamativa y que constituye el punto de partida de la preocupación de todos los sistemas sanitarios sobre la gestión de riesgos y seguridad de los pacientes.

Para la estimación de la probabilidad del error humano debe entenderse el comportamiento humano y las variables que lo determinan. Diferentes modelos son utilizados para analizar y explicar los factores que intervienen en la producción de los errores humanos en la práctica sanitaria

Podemos aceptar la definición de error humano propuesta por Reason<sup>13</sup> (1992) quien lo considera como “un término genérico empleado para designar todas aquellas ocasiones en las cuales una secuencia planificada de actividades mentales o físicas fallan al alcanzar su pretendido resultado, y cuando estos fallos no pueden ser atribuidos a la intervención de algún factor de azar”. En términos similares Sanders y McCormick<sup>14</sup> (1993) definen el error humano como “una decisión o conducta humana inapropiada o indeseable que reduce, o tiene el potencial para reducir, la efectividad, la seguridad, o la ejecución del sistema”. En cualquier caso, un error humano es un fallo a la hora de realizar una tarea satisfactoriamente y que no puede ser atribuido a factores que están más allá del control inmediato del ser humano.

### **d) El error médico**

Existen variadas definiciones de error médico, siendo muy completa de entre ellas la formulada por Wu y otros<sup>15</sup>, quienes lo definen como una «acción u omisión con consecuencias potencialmente negativas para el paciente, que hubiese sido juzgada como equivocada por un experto de reconocida experiencia y conocimiento sobre el proble-

ma en el tiempo en que ocurrió, independientemente de que tenga consecuencias negativas o no para el paciente». En esta definición se destaca el papel del técnico experto, con la intención final de que el error sea una señal de alarma que permita la mejora del sistema y del individuo.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) define el error médico como “un fallo en la consecución de un resultado en salud o bien el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo.” Los errores médicos pueden conducir a eventos adversos prevenibles, que se definen como “los daños causados al paciente por un procedimiento médico cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención.”

Los datos correspondientes a varios estudios realizados desde 1984 a la fecha, recopilados por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS-2004), en relación a los resultados no deseados, en asistencia sanitaria encuentran una magnitud de eventos adversos que van desde unas cifras menores al 4% en estudios realizados en Estados Unidos a casi un 17% en Australia. Esta variación puede explicarse, entre otras muchas razones, por diferencias metodológicas. A pesar de estas variaciones el mensaje es claro: un número alto o muy alto de pacientes está sufriendo daños adicionales a su salud derivados de la atención médica.

Es frecuente confundir los términos de error y yatrogenia, incluso considerarlos como sinónimos. El elemento que define la yatrogenia es el daño; sin embargo se sabe que muchos errores (afortunadamente, la mayor parte) no causan daño. No obstante, un elevado porcentaje de actos yatrogénicos deriva de un error.

Es paradójico reseñar que el estándar de la práctica médica es la perfección y el cuidado de los pacientes debe estar libre de errores. Pero sabemos que esto es imposible por nuestra propia condición de ser humano por lo que hay que reconocer que los errores forman parte de la práctica médica.

Están cada vez más extendidas las teorías que consideran que las causas de los errores humanos se derivan de fallos de la propia organización (fallos del diseño, de las tareas, del equipamiento, de la organización y/o del entorno).

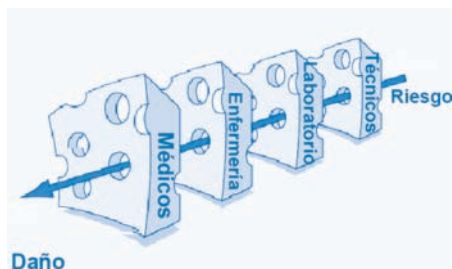
Los accidentes o resultados no deseados difícilmente ocurren debido a un solo error siendo la suma de errores latentes -parecen estar esperando que el error ocurra- y de errores activos (de la persona). Los fallos activos son actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto directo con el paciente. Las condiciones latentes son los inevitables “huésped patógeno” dentro del sistema. Se originan de las decisiones tomadas por diseñadores, constructores, procedimientos y los directivos de la organización.

Factores predisponentes del error humano pueden serlo la excesiva confianza en la propia experiencia, ausencia de protocolos de actuación, inadecuación de la información, déficit de elementos motivacionales, defectos organizativos, instrucciones y/o decisiones erróneas.

Por tanto, según James Reason, para tratar el tema de los errores humanos existen dos abordajes: el humano y el del sistema. En el primero se sostiene que el error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de

trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. En el abordaje de sistema, la premisa básica es que los humanos son susceptibles de cometer errores, aun cuando trabajen en la mejor organización. De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan. Cuando un evento adverso tiene lugar lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron.

El modelo Reason ha generado la explicación de un accidente como la superposición o coincidencia de fallos en diferentes niveles de la organización en un mismo momento. Este modelo de fallo simultáneo es conocido también como el modelo del “Queso Suizo”. El modelo Reason explica que un accidente es la consecuencia final de una superposición de fallos, desde la última línea de defensa, pasando por el acto inseguro, la condición insegura, el fallo de la supervisión, el fallo de la asesoría (seguridad) y, finalmente, el fallo de la organización.



De acuerdo al modelo del *queso suizo* utilizado por Reason<sup>16</sup>, en la organización deben establecerse defensas, barreras y puestos de seguridad que prevengan la ocurrencia de los errores. La existencia de estas barreras defensivas en el sistema de salud incluyen: barreras tecnológicas (alarmas, barreras físicas, extintores automáticos, etc.); barreras formadas por los profesionales (cirujanos, anesthesiólogos, enfermeras, etc.), y barreras o controles administrativos.

En un mundo ideal estas barreras defensivas deberían permanecer intactas, pero en la realidad cada una de estas barreras son como rebanadas de un queso suizo que tiene varios orificios. A diferencia del queso, estos orificios se encuentran en continuo movimiento, cerrándose y abriéndose en diferentes momentos. Aunque la presencia de estos orificios no es a menudo la causa de los errores, cuando una serie de orificios momentáneamente se alinean en una misma trayectoria es posible la ocurrencia de un evento adverso.

Sea cual fuere la teoría dominante, uno de los objetivos de la gestión de riesgos clínicos es minimizar el error mediante la eliminación de sus causas y la aplicación de estrategias de control para evitar repeticiones (series de acciones cuyo propósito es corregir la situación que provoca el error o sus consecuencias).

Entre las causas humanas<sup>17</sup> que provocan el error sanitario se pueden señalar los factores aptitudinales, la edad, el nivel formativo, el consumo de drogas —particularmente alcohol—, las demandas físicas de la tarea, la fatiga, los ciclos de trabajo, el

ritmo del trabajo (las prisas, cansancio, estrés), y la monotonía. Una intervención que ataje las causas será exitosa en la prevención del riesgo de error.

El concepto de causalidad general que se utiliza en ciencia es difícilmente aplicable a este campo. Los efectos inesperados sólo tienen causas cuando ya han sucedido y es un hecho histórico inevitable. Pero si las consecuencias tienen causas, deberían precederlas, y por tanto, poder identificarse con anterioridad. Sin embargo, en la práctica sanitaria, antes de que suceda un accidente tan solo puede hablarse de factores de riesgo. Los factores de riesgo, desde esta perspectiva, son conjuntos descriptivos e interpretativos, no exhaustivos, definidos —con frecuencia de modo no operativo— en diversos planos de análisis, con relaciones mal establecidas entre sí y con el accidente y en ocasiones difíciles de identificar aisladamente. A veces, un mismo accidente en igual contexto tiene asociados eventos y “causas” diferentes y heterogéneas. La incertidumbre, la ausencia de información, la ambigüedad y una impredecibilidad sustancial forma parte del problema del error en la práctica clínica.

La gestión de riesgos sanitarios representa un conjunto de acciones que, aunque no garantizan la ausencia de siniestro, tratan de agotar las posibilidades, dentro de unos costes sostenibles, de anticipación de consecuencias no deseables en sucesivas repeticiones del acto o en el futuro de los resultados derivados de esos actos.

Los errores tienen que traducirse en información útil que pueda anticiparlos y prevenirlos en un futuro. La notificación voluntaria de accidentes debe articularse en un sistema de información adecuado que permita su utilización, preservando la confidencialidad. Un análisis ulterior de la información obtenida puede conseguir este objetivo. Las notificaciones voluntarias de incidentes, la monitorización y cribado de datos, las revisiones de historias son, entre otros, procesos para la prevención. Aunque el propósito de la gestión de riesgos no es buscar culpables, sí resulta obligado encontrar las causas del error para evitarlo en un futuro.

El cuadro nº 3 expresa los eventos adversos que pueden ser imputables al hombre:

### **Cuadro n.º 3. Eventos adversos de causa atribuible al hombre<sup>18</sup>**

- **Error involuntario:**

“Deslices”, desatenciones o desviación involuntaria de la ejecución del plan de acción, “lapsus” de la memoria u olvidos

- **Errores en el seguimiento de una acción deliberada:**

Desviaciones de una práctica médica estándar (protocolo).  
Falta de conocimientos en una situación nueva y aplicación de reglas inadecuadas

- **Infracciones del código de la práctica normal:**

infracción de una rutina clínica  
Infringir un protocolo.  
Inexperiencia (asociado a un exceso de confianza).  
Acción deliberada (ejemplo, la eutanasia).  
Necesidad (infracción necesaria o circunstancial).

## e) La gestión de riesgos desde el enfoque epidemiológico

Hasta hace relativamente pocos años ha estado vigente el denominado determinismo en el que se estipulaba una sola causa por cada efecto. Hoy prevalece una concepción probabilística de la medicina donde un conjunto de factores esté relacionado o no, en mayor o menor grado o intensidad, con un determinado efecto, nos conduce hacia una red o sistema de causalidades. Tal red o conjunto de factores de riesgo son aquellos condicionantes que se encuentran asociados estadísticamente con la aparición del fenómeno en estudio, relacionándose de tal manera que es posible utilizar sobre ellos un modelo matemático probabilístico. Entre las relaciones de causalidad y la toma de decisiones hay una estrecha vinculación pues éstas serán adoptadas según el nivel de verdad sobre una cuestión determinada, bajo certeza, incertidumbre, riesgo o ignorancia total.

El riesgo asociado a una práctica es la “probabilidad” de que se produzca un efecto adverso. Riesgo y seguridad<sup>19</sup> están inversamente relacionados de tal forma que:

$$\text{Seguridad} = 1 - \text{riesgo de efectos adversos}$$

Podría decirse que a través del cálculo del riesgo se intentará controlar la inseguridad; por tanto, en este ámbito, representa algo que puede hacerse frente al peligro.

La complejidad teórica hace que la gestión de los riesgos se tenga que convertir, en el contexto del sistema de calidad total en los servicios sanitarios, en un aliado, una herramienta de apoyo y ayuda a los profesionales, a los pacientes y al propio sistema político que sustenta el modelo. En tal sentido, un programa de gestión de riesgos sanitarios puede modificar la tendencia a usar juicios implícitos por parte de los clínicos y sustituirlos por el manejo, más eficiente, de protocolos y estándares explícitos. La gestión de riesgos sanitarios debe integrarse en la prestación de los servicios sanitarios como subsistema de la calidad, en lugar de ser una actividad tangencial de los mismos.

Tal concepción nos da paso a la noción de riesgo que ofrece la ciencia epidemiológica y que facilita comprender el significado del mismo en la gestión de riesgos sanitarios.

Desde siempre se sabe que unos grupos de población padecen con mayor frecuencia que otros un problema de salud determinado ya que presentan características o factores que explican esa desigual distribución respecto a la probabilidad media (no la explican del todo porque un porcentaje puede deberse al azar).

Cuando a la presencia de una característica o factor se asocia el aumento de probabilidad de padecer el resultado adverso (el problema de salud), a este factor se le denomina de riesgo, siendo el riesgo la probabilidad de que este suceda. La fuerza de la asociación riesgo y problema se puede cuantificar y medir a través del riesgo relativo o sus estimaciones<sup>20</sup>. Se sabe también que el riesgo puede ser absoluto, como sinónimo de frecuencia o índice de aparición del problema. Por ejemplo, el 42% de los

pacientes tratados con esta técnica sufrirán efectos adversos. A partir de él se deducen los riesgos relativo y atribuible<sup>20</sup>.

El clínico utiliza el riesgo relativo para expresar la inseguridad de un grupo con el factor o problema en comparación con el riesgo de un grupo de referencia que no lo presenta. Es un cociente que indica al profesional en qué medida está aumentando el riesgo del paciente en comparación con otros sin el factor estudiado; también le proporciona información acerca de los beneficios que obtendría su paciente si elimina el factor de riesgo. Pero el riesgo relativo no mide la probabilidad de que alguien con el factor presente la enfermedad en estudio; finalmente, el riesgo relativo también es útil para buscar la etiología de un proceso ya que calcula la fuerza de la relación entre un factor y un determinado resultado.

El riesgo atribuible mide la magnitud del riesgo absoluto (frecuencia) achacable a un factor particular en estudio.

En epidemiología el estudio del riesgo se emplea para investigación de las relaciones causales.

## f) Riesgo y bioética

El término “bioética” fue descrito por Van Renselaer Potter en 1971 en su libro “Bioethics: bridge to the future”. Viene a sustituir términos más históricos como los de ética médica y deontología médica. La bioética se desarrolla en el contexto de una sociedad pluralista, ajena a los grandes relatos unificadores de tipo religioso o ideológico. Por lo tanto, la bioética es una ética civil que se sustenta en la racionalidad humana secularizada, capaz de ser compartida por todos, en un terreno filosófico neutro.

Al incorporar un mayor elenco de profesionales en la toma de decisiones morales, se genera un marco de discusión ética interdisciplinar, de carácter práctico y con gran repercusión social. Un factor determinante del nacimiento de esta disciplina fue el surgimiento de una serie de “paradojas” creadas por el propio avance de la medicina y la tendencia a extender las prestaciones sanitarias.

Los abusos cometidos en seres humanos en la investigación médica provocaron la primera crisis ética moderna. Recién terminada la segunda guerra mundial se celebraron los procesos judiciales de Nuremberg contra la cúpula política-militar nazi, y contra los representantes de una medicina al servicio de los ideales y mandatos del régimen hitleriano; hay que recordar prácticas tales como los procesos de selección de “indeseables”, esterilización masiva, programas de eutanasia, programas de “limpieza racial” y, por último, la “solución”, brutal eufemismo con el cual se conoció el proceso de eliminación sistemática de millones de judíos, especialmente de Europa Oriental. Y también otras prácticas en otros países<sup>22</sup>.

**Código de Nuremberg.** Con el testimonio que aportaron los sobrevivientes, testigos, archivos y otras pruebas sobre los excesos cometidos con la activa participación del personal sanitario bajo el régimen nazi, se elaboró el “**Código de Nuremberg**” (1947). Es el primer documento que establece unas regulaciones éticas para las investigaciones en el campo de la medicina efectuadas sobre sujetos humanos y basadas en el desarrollo del consentimiento libre e informado de los participantes. Fueron defi-

nidos los principios básicos en los que se han de basar las investigaciones experimentales en seres humanos: la participación voluntaria de los sujetos, resultados esperados que sean beneficiosos para la humanidad, experimentación previa en animales, evitar a toda costa el daño físico y mental de la persona que se somete a la investigación, que el riesgo no sea mayor que los beneficios y el derecho del voluntario a abandonar el estudio en el momento que así lo desee.

**Declaración de Helsinki.** Posteriormente saldría a la luz otro documento fruto de la 18ª Asamblea Médica Mundial celebrada en Helsinki, (junio 1968), llamado la “**Declaración de Helsinki**” refrendado por diversas Asambleas Médicas Mundiales (las Asambleas de 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, y 2002 con el fin de acomodarse a los nuevos problemas surgidos con el avance de la investigación. [wma.net/s/](http://wma.net/s/)). En estos documentos se consignan las recomendaciones que deben guiar a médicos e investigadores biomédicos en relación al respeto y protección de los seres humanos.

En Estados Unidos se difundieron una serie de violaciones morales similares a las acontecidas en la Alemania nazi (Escuela de Willow Brook, Hospital Judío de Nueva York y el Estudio sobre la sífilis de Tuskegee). En 1996, Henry K. Beecher, un médico de Harvard, publicó un artículo en *The New England Journal of Medicine* en el que exponía toda una serie de conductas no éticas comunes en la investigación médica<sup>23</sup>. El artículo de Beecher sobre el abuso de sujetos humanos por médicos norteamericanos fue ampliamente difundido y contribuyó substancialmente a avivar el interés público por revisar la ética en medicina.

**Informe Belmont.** La denuncia provocó una fuerte reacción social y el 12 de Julio de 1974 se creaba la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual), con el fin de elaborar unos principios básicos que regulasen la investigación biomédica y del comportamiento llevada a cabo con seres humanos. Los trabajos de esta Comisión culminarían el 18 de abril de 1979 con la publicación del “Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación”. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos.

A raíz de este y otros acontecimientos, la Organización Médica Mundial elaboró una segunda Declaración de Helsinki, que considera la creación de comités de ética para salvaguardar los intereses del paciente con conocimiento de causa, diferenciación entre investigación básica y clínica, así como la obligación de seguir los principios éticos.

Asimismo hay que mencionar que en 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en 1976, y que estipula lo siguiente (artículo 7): “*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos*”.

Es a través de esta declaración como la sociedad expresa el valor humano fundamental que ha de regir toda investigación en seres humanos -la protección de los dere-

chos y el bienestar de todos los seres humanos que son objeto de experimentación científica.

***International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies.*** A fines del decenio de 1970, considerando las circunstancias especiales de los países en desarrollo con respecto a la aplicabilidad del Código de Nuremberg y de la Declaración de Helsinki, el **Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)** y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** realizaron un nuevo examen de esta materia y en 1982 publicaron las ***Pautas Internacionales Propuestas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.*** Las Pautas Propuestas tuvieron una amplia distribución y, según un estudio posterior, se empezaron a aplicar extensamente en todo el mundo, ofreciendo de ese modo una valiosa orientación ética a la investigación biomédica en seres humanos.

Bajo estas circunstancias el CIOMS decidió revisar las pautas, en colaboración con la OMS, estableciendo un comité directivo para guiar el proceso. Como resultado fue la publicación en 1991 del ***International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies*** (Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos).

Para muchos autores, el nacimiento de la bioética (aunque todavía no se le daba ese nombre) ocurrió en 1962, cuando en Seattle (estado de Washington) se decidió crear un comité de legos (no médicos) para decidir qué pacientes tenían preferencia para beneficiarse de la entonces reciente máquina de hemodiálisis. La pregunta subyacente era ¿por qué un avance médico debería crear una nueva discriminación médica? ¿Quién y cómo elegía a los candidatos? La novedad estribaba precisamente en que la respuesta a estos interrogantes no recaía sobre los médicos, sino sobre una representación de la comunidad.

A partir de 1967, con los primeros trasplantes de corazón, se plantea el problema de cómo definir la muerte clínica. En 1968 la facultad de medicina de la Universidad de Harvard publica un artículo donde plantea el nuevo criterio basado en la muerte cerebral. Tales premisas coincidieron con algunos casos de coma irreversible, lo que animó el debate sobre la eutanasia y el “derecho a la propia muerte”. En 1975 Karen Ann Quinlan entra en coma irreversible y queda en estado vegetativo persistente. Los padres piden que la desconecten del respirador artificial para que pueda morir en paz. Tras una denegación judicial, hay un recurso, en el que el Tribunal Supremo de Nueva Jersey autoriza la desconexión sobre la base del “derecho a una muerte digna y en paz”. Una de las recomendaciones de este Tribunal fue la de que los hospitales creasen “Comités de ética” capaces de enfrentarse a este tipo de conflictos.

Uno de los factores principales en la transición hacia la bioética fue la crisis del concepto paternalista de beneficencia médica heredado de la tradición hipocrática.

En 1972 se promulga en EE.UU. la Carta de los Derechos de los Enfermos. Las necesidades y preferencias de los pacientes tenían que ser defendidas con fuerza, sobre todo ante una poderosa tecnología mirada a veces con suspicacia, y ante las instituciones. La universalización de los servicios sanitarios en gran parte de los países occidentales ha obligado a plantearse cómo financiar y distribuir equitativamente unos recursos limitados, y cómo regular el acceso a distintas tecnologías por parte de los ciudadanos.

**Declaración de Asilomar.** Los avances en Genética y el desarrollo del Proyecto Genoma Humano, en conjunción con las tecnologías reproductivas, están ampliando aún más el campo de la Bioética, obligando a buscar respuestas a retos nuevos.

En el campo de la genética, señalar que el 27 de Febrero de 1975, 150 biólogos moleculares procedentes de algunos de los más prestigiosos laboratorios de todo el mundo partían de Asilomar (ciudad californiana de la costa del Pacífico) dispuestos a reanudar sus investigaciones con ADN recombinante. ¿Qué había ocurrido? El verano anterior el nóbel Paul Berg y otros científicos (entre ellos otros tres premios nóbel) que trabajaban con ADN recombinante, habían levantado la voz de alarma acerca de la seguridad de sus investigaciones. Habían propuesto una moratoria que las detuviera hasta que no se definiesen unos protocolos que definiesen la seguridad en estos experimentos. Fruto de esta alarma fue la **Declaración de Asilomar**. Para minimizar los riesgos, se propuso establecer barreras físicas y biológicas de seguridad. Esta toma de posición fue muy importante porque por primera vez los científicos mismos adelantándose a los posibles riesgos de sus trabajos se pararon para preverlos y tomar las medidas adecuadas. La bioseguridad no debía referirse sólo a los participantes en la investigación sino también debía contemplar los posibles riesgos para toda la sociedad. Fue una primera aplicación de lo que se ha llamado “el principio de precaución”.

**Convenio de Oviedo.** Merece destacar asimismo el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, conocido como Convenio de Oviedo.

En suma, un campo inherente a la toma de decisiones clínicas es el aportado por la Bioética. En un mundo perplejo ante los avances de la medicina y en una sociedad proclive a los conflictos entre grupos de posiciones ideológicas diferentes y con intereses diversos, es necesario buscar puntos de acuerdo que satisfagan a la mayoría.

Los valores de los distintos agentes implicados en las decisiones clínicas no suelen coincidir. A menudo entran en conflicto los intereses de los enfermos con los intereses de los médicos, de éstos con profesionales de enfermería, de los técnicos con los gestores, con el sistema sanitario, etc. Para resolverlos, se han utilizado códigos deontológicos, de conducta o juramentos de carácter gremialista. Estos códigos han de tener presente los hechos empíricos y, por ello, han de reflejar, entre otros, la organización de los servicios de salud, el estado del conocimiento médico y de la tecnología. Hoy en día, la ética médica debe ir cambiando gradualmente dado que los avances sanitarios y tecnológicos sugieren nuevos problemas éticos<sup>24</sup>.

Una revisión reciente de los problemas éticos en la investigación puede consultarse en<sup>25</sup>.

## **g) Riesgo y aseguramiento**

Otro apartado para conceptualizar la teoría del riesgo en medicina lo proporcionan las ciencias del seguro. El riesgo, para el sector del aseguramiento, puede concretarse como la “contingencia o proximidad de un daño”; esta afirmación aporta connotaciones de inseguridad y peligro, por lo que puede afirmarse que riesgo es “la posibilidad de que ocurra un daño económicamente desfavorable”.

Los elementos definitorios del riesgo<sup>26</sup>, en este sector, son:

**Posible:** Resalta el hecho de que el riesgo pueda suceder; el incendio del agua, por ejemplo, no tiene el carácter de riesgo, ya que es un hecho imposible.

**Incierto:** Debe serlo, ya que si tenemos la certeza de su ocurrencia, no se trataría de un riesgo, sino que sería la consecuencia lógica de una determinada acción. Por ejemplo, el fallecimiento de una persona es un riesgo que se sabe que va a ocurrir (cierto), pero no se sabe cuándo (incierto).

**Fortuito:** Debe ser accidental, independiente de la voluntad de quien lo sufre; por ejemplo, un incendio provocado intencionadamente por el asegurado, no será objeto de indemnización por el seguro.

**Económicamente desfavorable:** Debe generar una pérdida de carácter económico, y que dicha pérdida pueda cuantificarse en dinero.

La fórmula clásica que define el riesgo ( $R$ ) como  $R = F \times G$  proviene tanto de la teoría de la decisión como del ámbito comercial, en concreto de las compañías aseguradoras. Esta fórmula podrá utilizarse en tanto puede calcularse la frecuencia ( $F$ ) del evento que produce el daño y la gravedad ( $G$ ) de este de manera cuantitativa. La principal dificultad radica en elaborar una medida unitaria que mida de la mejor manera los distintos y variables tipos de daños.

Una de las estrategias clásicas frente al riesgo la constituye el seguro, que consiste en un sistema por el que, con el dinero de todos los que forman el colectivo de asegurados, se paga a unos pocos que han sufrido pérdidas.

## h) El riesgo en el Derecho Sanitario

El acto sanitario, como integrante del ejercicio profesional, está regulado por un conjunto de normas jurídicas y éticas que hacen que del mismo se deriven derechos y obligaciones, tanto del profesional como del paciente.

La responsabilidad encuentra su fundamento legal en la necesidad jurídica de que todo profesional sanitario responda ante las autoridades sociales de los daños y perjuicios ocasionados por las faltas voluntarias, o involuntarias, pero previsibles y evitables, cometidas en el ejercicio de su profesión.

El tema de la responsabilidad médica ha adquirido en los últimos tiempos una enorme importancia práctica, aumentando de forma sensible el número de casos que se juzgan en los tribunales de justicia por causa de la responsabilidad profesional de los sanitarios en diversos aspectos de su actividad.

Uno de los problemas de la imprudencia médica estriba en la búsqueda del error. No puede afirmarse que toda actuación profesional errónea puede resultar imprudente; por el contrario la premisa constitutiva debe ser el hecho de que la profesión médica es, por sí misma, una función de alto riesgo. El acto médico lleva unido una sobrecarga de riesgo clínico, en la medida en que, al existir incertidumbre, no puede disponer de elementos decisorios concretos y específicos, que permitan inferir un resultado exacto. Por

eso hay que acotar el terreno incluyendo en el entorno jurídico sólo aquellos errores cuya cuantificación sea inexcusable y como consecuencia, deba ser demandado al infractor.

Los riesgos inherentes a la práctica médica (iatrogenia, actuaciones inapropiadas o peligrosas, falta de formación concreta, etc.), evolucionan paralelamente con la expansión tecnológica, lo que impulsa el apoyo y la exigencia de medidas de evaluación y control que garanticen los máximos beneficios al paciente y, a la vez, permitan identificar y controlar los peligros potenciales de dicha actuación (riesgos).

Es conocido que, aún recibiendo un enfermo una atención correcta, algunos sufren daños por las propias características de sus patologías, la limitación de los conocimientos de la ciencia, los efectos secundarios inherentes a muchos tratamientos y otras causas. Muchos pacientes deben, por tanto, asumir actos médicos de riesgo debido precisamente a las ventajas que les reportan. La anestesia, por ejemplo, es un acto de riesgo que las personas deben asumir inexcusablemente para ser tratados de determinadas patologías tributarias de intervención quirúrgica. La dificultad en el ordenamiento jurídico español, y por ende, la confusión existente, estriba en limitar correctamente estos riesgos. Las clases de riesgo, bajo el prisma jurídico, son magistralmente explicadas por Dael<sup>27</sup>, cuya lectura aconsejamos.

Villar Rojas<sup>28</sup> clasifica los riesgos clínicos en riesgos del servicio y riesgo del paciente. En el primero de ellos, la responsabilidad por determinados actos médicos, regulados en el ordenamiento jurídico, recaen siempre sobre la administración sanitaria con independencia de la normalidad de su ejecución; son los llamados actos médicos sujetos a responsabilidad objetiva: ensayos clínicos, donación de sangre y plasma, donación y extracción de órganos. Se configuran como prácticas sanitarias que se enjuician por su resultado, no por los medios empleados; además los sujetos afectados no son portadores de riesgo alguno ya que es el servicio el que los crea. Salvo en el ensayo clínico, no puede hablarse de riesgo excepcional inherente a la práctica médica. En función de cuál haya sido la razón por la que se llevó a cabo el acto médico (interés social o personal del paciente) la administración indemnizará a los afectados o será el paciente el que quede obligado a soportar el daño. No se resarcirá a los pacientes cuando la causa del daño sea su estado previo o enfermedad o el acto médico se realice en su interés (premisa que obliga a soportar el daño).

## **i) Riesgo y calidad**

Hoy, los aspectos relacionados con la calidad de las prestaciones y de los servicios sanitarios despiertan cada vez mayor interés, no sólo entre los propios profesionales sanitarios, sino también entre los gestores y responsables de la política sanitaria, así como entre los usuarios del sistema y la población general.

Las nuevas tendencias en gestión de la calidad total han reforzado la idea de calidad como instrumento clave en la búsqueda de la excelencia y la supervivencia en un mercado competitivo.

El marco conceptual de la gestión de la calidad será un referente para el desarrollo de una cultura asistencial basada en la mejora continua.

Los principios básicos de este enfoque deben estar orientados hacia la satisfacción de los usuarios, la búsqueda de motivación y la implicación de los profesionales y de todos los empleados de los centros, y ser referidos a todos y cada una de las unidades y procesos de la organización, cualquiera que fuere.

Por tanto, este enfoque dinámico, continuo y participativo debe llevar implícita la responsabilidad personal de todos los miembros de la organización y el desarrollo de nuevas formas de información y comunicación. Todo ello orientado al incremento de la efectividad, eficiencia y rendimiento de aquellos procesos que aportan valor añadido a la organización y a los usuarios de la misma.

La información obtenida de reclamaciones por mala práctica ha sido utilizada en muchos países en la gestión de calidad; no sólo permiten identificar aspectos negativos de la asistencia prestada, sino que constituye un sistema de identificación de problemas, localizando puntos de mejora del proceso y proponiendo intervenciones que puedan reducir las negligencias. En definitiva se utiliza para poner en marcha programas de gestión de riesgos, cuyos objetivos son mejorar la calidad de la asistencia, la seguridad del paciente y la eliminación o reducción de costes innecesarios.

Cualquier éxito obtenido en aplicación de programas de gestión de riesgos clínicos influye favorable y directamente en el sistema de calidad del centro.

Así pues, se trata de mejorar la calidad asistencial mediante la disminución de circunstancias que pueden causar daño al paciente en relación con los servicios prestados y, por tanto, desembocar en reclamaciones y/o demandas contra el profesional o la institución sanitaria.

## **j) La sociedad del riesgo**

Término utilizado por el sociólogo alemán Ulrich Beck en el año 1986 para definir nuevas formas de riesgos provocados por el avance tecnológico y, por tanto, existencia de nuevos peligros que atañen al conjunto de individuos. Se quiere caracterizar con este concepto no sólo los grandes daños que pueden afectar a la sociedad sin realizar diferenciaciones tales como catástrofes tipo accidente de Chernóbil o destrucción de la capa de ozono, sino también la presencia de decisiones arriesgadas en el propio contexto de las decisiones del día a día. Por tanto, gracias al avance tecnológico y su globalización, surge para las personas que conforman la sociedad actual nuevos potenciales peligros de los que se desconocen no sólo su magnitud y representación sino también su alcance.

La percepción del riesgo puede valorarse en función de diferentes factores sociales entre los que la opinión pública desempeña un papel primordial; los riesgos, desde este modelo sociológico, constituyen una variedad de enfoques o puntos de vista dependientes de factores socioculturales; de esta forma se configuran los conceptos de culpa y responsabilidad, se adaptan posturas individuales a pautas colectivas, etc. Para los teóricos de este modelo, el concepto de riesgo está diseñado culturalmente, existe una cultura del riesgo.

Su aplicación al campo de los servicios sanitarios es clara: se tendrá mayor conciencia de asumir riesgos ante actividades sanitarias cuanta más resonancia social tengan

los actos negligentes de los profesionales sanitarios y más hayan sido difundidos por los medios de comunicación. La aceptabilidad del riesgo dependerá, pues, del tipo de sociedad en que vivamos y de los filtros culturales impuestos a la gestión de los riesgos.

Se puede decir en este contexto que los riesgos voluntarios son mejor aceptados que los involuntarios, los riesgos que se pueden controlar mejor que los incontrolables (da más miedo el avión que los automóviles, aunque estadísticamente sea más frecuente morir por accidente de tráfico que aéreo), el tiempo de aparición (se toleran mejor los riesgos que producirán daños a largo plazo que los de pronta secuela) y proximidad en el espacio (se toleran mejor los daños que le ocurren a vecinos separados que los que ocurren en tu espacio próximo), los daños que son o pueden ser reparados son mejor soportados que los que no pueden serlo, entre otras características.

Slovic<sup>29</sup> introduce el término de “personalidad del peligro” como base del juicio popular acerca de potenciales daños y peligros concretando los siguientes: potencial catastrófico, familiaridad, capacidad de ser controlado, equidad, confianza en los gestores de la fuente del riesgo, amenaza a futuras generaciones o voluntariedad a la exposición.

### **Principio de precaución (o pecar por exceso)**

En el año 1992, en la Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo, diversos estados suscribieron la Declaración de Río de Janeiro en que se establece que “cuando hay amenazas de daño grave o irreversible, la falta de evidencia científica no es una razón para posponer medidas coste-efectivas dirigidas a prevenir la degradación del medio ambiente”.

De manera similar, en enero de 1998, la Declaración de Wingspread (EE.UU.) recogía aspectos parecidos.

La Ley Barnier 95-101 en Francia, relativa al medio ambiente señala que “la ausencia de certezas teniendo en cuenta el estado actual del conocimiento científico y técnico no debe retrasar la adopción de medidas efectivas y proporcionales para la prevención de riesgos de daños graves e irreversibles en el medio ambiente, a un coste económicamente aceptable”.

A partir de los años noventa, el principio de precaución ha sido frecuentemente invocado para reclamar o justificar medidas de prevención en ausencia de certeza de riesgo; podemos citar, a título de ejemplo, el embargo europeo a la carne bovina inglesa (1996) antes que fuera probado científicamente el riesgo de transmisión al hombre de la enfermedad de las vacas locas; el abandono de un proyecto de línea de alta tensión en Bélgica (1999) sin que pudiera probarse la nocividad de los campos electromagnéticos; destrucción en Francia (año 2000) de cultivos de soja con OGM sin que se conociera realmente su efecto sobre el medio ambiente.

En virtud del principio de precaución, no es suficiente apoyarse sobre el conocimiento existente en el momento de la toma de decisiones para poder ser exculpado de responsabilidad en un futuro; el decisor, sea cual fuere, tiene una obligación de anticipación. Debe tener en cuenta las incertidumbres de tipo científico a largo plazo. Ello invita pues al desarrollo de un modelo de gestión de riesgos a la hora de la toma de decisiones.

Esta idea incluye cuatro elementos a tener en cuenta:

1. Las medidas precautorias se han de tomar en ambientes de incertidumbre, con antelación a la demostración de cualquier nexo causal (científico).
2. Cualquier actividad debe aplicar medidas de seguridad.
3. Siempre existen alternativas más seguras, incluida la posibilidad de no hacer nada (en el caso de actividades nuevas).
4. La toma de decisiones tiene que ser transparente, informada, compartida y democrática.

La aplicación de este principio en el campo de la salud puede considerarse clásico puesto que coincide con uno de los fundamentos básicos de la ética médica señalado en páginas anteriores, -primum non nocere-.

Hacer operativo el principio de precaución implica utilizar las técnicas para la toma de decisiones, la evaluación y la gestión del riesgo sanitario, el análisis coste-beneficio y la valoración de alternativas diversas. No es fácil de abordar.

Las ventajas e inconvenientes de la aplicación en el campo de la salud del principio de precaución se resumen en la tabla nº 2<sup>30</sup>:

**Tabla n.º 2**

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Estimar riesgos y beneficios de un procedimiento o actividad potencialmente peligrosa en un contexto determinado.	Ser difícil porque no se dispone de criterios definidos y aceptados de manera generalizada que ayuden a su implementación (no se especifica cuánta precaución se ha de tener o cuándo se han de aplicar las medidas preventivas)
Implementar actividades de seguimiento y control de la aparición de problemas relacionados con la salud.	Generar cierta oposición al progreso y rechazo a la innovación.
Motivar a los que toman decisiones sobre como actuar a explicar y cuantificar sus razonamientos y dar información objetiva.	Incrementar la burocracia y malgastar el dinero para tratar de conseguir el “riesgo cero” utópico.
Comportar obligaciones nuevas para los gobernantes que requieran un buen criterio y el trabajo conjunto de científicos, juristas y médicos (establecimiento de medidas de control y vigilancia)	Manipular las campañas con intereses comerciales o ideológicos e influenciar a los que han de tomar las decisiones, de manera que no escojan la mejor opción sino las que les protegerá de posibles acusaciones futuras.
Decidir políticas medioambientales o de salud basadas en la investigación científica multidisciplinaria y en las características de la comunidad implicada (incorporación de juicios de valores diferentes)	Ser considerado una actividad no científica (ya que, por definición, el principio de precaución no cuenta con la evidencia científica y promueve acciones preventivas sin que haya demostración de causalidad)

## **k) A modo de resumen**

El riesgo sanitario afecta, directa o indirectamente, a diversos sectores como el político, el económico y el sanitario. Una estrategia de predicción redundará en ventajas apreciables para todos ellos. Si obviamos la puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios, corremos el peligro de pagar un alto precio social. La transparencia es una condición fundamental para buscar la eficacia en la dirección de la seguridad sanitaria. A ella se llega a través de medidas de prevención activas.

La incertidumbre no es una manifestación de ignorancia en la consecución de un objetivo y puede aprovecharse mediante su medida; de la misma manera, los resultados indeseables no son siempre consecuencia de errores; tampoco todas las consecuencias no deseadas son debidas al azar. Separar los resultados debidos a la incertidumbre de los consecutivos a errores es fundamental en la gestión de riesgos sanitarios. Hay que disociar específicamente la etiología de la incertidumbre de los motivos de un error. El arte de la incertidumbre y la ciencia de la probabilidad se unirán para generar la gestión de riesgos sanitarios que facilitará las herramientas capaces de identificar los errores que provocan efectos indeseados.

En este contexto de incertidumbre, riesgo y error se plantean múltiples problemas relacionados con la posible responsabilidad de profesionales e instituciones sanitarias derivadas de los efectos adversos reales o supuestos que pueden presentar los pacientes.

Nos hemos referido brevemente a los cambios producidos en la práctica médica, fundamentalmente en lo relativo a los nuevos enfoques de la bioética.

También en el ámbito jurídico se han ido produciendo modificaciones en la manera de juzgar las diferentes responsabilidades sanitarias. Una figura relativamente novedosa es el concepto de pérdida de oportunidad que la dogmática y los juzgadores han empezado a emplear en los últimos lustros.

La aplicación de esta figura para determinar los posibles efectos económicos y no económicos en una serie de procesos médicos asistenciales en los que la toma de decisiones exige valorar probabilidades a priori y a posteriori obliga a los jurídicos a emplear nuevas herramientas, algunas de las cuales ya tienen una amplia tradición en el campo sanitario, como es la teoría de probabilidades.

A nuestro juicio se inicia tal vez un cambio importante en la técnica jurídica, que tendrá que ser menos escolástica y más científica.

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> Martínez López FJ, Ruíz Ortega JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Madrid. Díaz de Santos. 2001.

<sup>2</sup> Rafael Álvarez Cáceres. Madrid. El método científico en las ciencias de la salud. Díaz de Santos. 1996.

<sup>3</sup> ([www.hrc.es/bioest/Probabilidad](http://www.hrc.es/bioest/Probabilidad); [www.aulafacil.com/Cursoestadistica09/05](http://www.aulafacil.com/Cursoestadistica09/05))

<sup>4</sup> ¿Es la clínica una ciencia? Soriguer Escofet, Federico JC., p 107. Madrid. Díaz de Santos. 1993.

<sup>5</sup> Vladimir de Semir. La comunicación contra la información. Revista Quark.

nº 1.octubre-diciembre1995.-Disponible en URL.

<http://www.imim.es/quark/Articulos/numero1/default.htm>

<sup>6</sup> Tomado de Bonfill, H. La medicina basada en la evidencia científica. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Grupo MSD. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafío, p 491.1ª edición. Barcelona. Ediciones Masson, S.A. 1998.

<sup>7</sup> Revilla de la L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud, p: 32. Ediciones Doyma. 1991.

<sup>8</sup> Wennberg M. On patient need, equity, supplier-induced demand, and need to asses the outcome of common medical practices. Medical Care 1985; 23:512.

<sup>9</sup> Barr DP. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay. JAMA 1955; 159: 1452.

<sup>10</sup> Moser RH. Diseases of medical progress. N Engl J Med 1956; 225: 606-14.

<sup>11</sup> Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1551-7.

<sup>12</sup> Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington, DC, March 2000.

<sup>13</sup> Reason J. (1992). Human Error. New York: Cambridge University Press.

<sup>14</sup> Sanders M.S, McCormick E.J. (1993). Human Factors in Engineering and Design. McGraw-Hill, Inc.

<sup>15</sup> Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J Gen Intern Med 1997;12: 770-5.

<sup>16</sup> Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:768-70.

<sup>17</sup> Reason, J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Ashgate. 1998.

<sup>18</sup> Traducido de: Da G Neale, in Vincent C Ed: Clinical Risk Management, London 254, BMJ Publications 1995.

<sup>19</sup> Mur Gray, J.A. Atención Sanitaria basada en la evidencia: cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria, p: 135. Madrid. M.S.D. 1997.

<sup>20</sup> Aranda JM, Burgos ML, Espinosa JM. Estrategias para adecuar la utilización de los servicios preventivos y de promoción de la salud. En Revilla L, de la. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud, p. 81. Ediciones Doyma. 1991.

<sup>21</sup> Ver Capítulo XII del libro citado: Glosario de términos.

<sup>22</sup> Baker Robert. Minority Distrust of Medicine: A Historical Prerspective. The Mount Sinai Journal of Medicine, 1999: 4:212-222.

<sup>23</sup> Beecher HK. Ethics and Clinical Research. The New England Journal of Medicine 1996; 274: 1354-1360.

<sup>24</sup> Wulff H, Pedersen S.A., Rosenberg R. Introducción a la Filosofía de la Medicina, p 230. 2ª edición. Editorial Tricastela. 2002.

<sup>25</sup> Research governance: ethical issues. Slowther Anne, Boynton Petra, Shaw Sara. Journal of the Royal Society of Medicine 2006. 99:65-73.

<sup>26</sup> Obtenido de <http://www.unespa.es/>

<sup>27</sup> Dael Serge. Responsabilité hospitalière et risques thérapeutiques: de la présomption de faute à la responsabilité sans faute. R.F.D.A n° 9 (3), 1993. Tomado de La responsabilidad de las Administraciones Sanitarias: Fundamentos y límites. Villar Rojas Francisco José, p. 139-140. 1ª edición. Editorial Praxis S.A. 1996.

<sup>28</sup> Villar Rojas FJ. La responsabilidad de las Administraciones Sanitarias: Fundamento y límites. 1ª edición. Barcelona.. Editorial Praxis, S.A. 1996.

<sup>29</sup> Slovic Paul. Risk Perception and Trust, en Molak, Vlasta (ed.). Fundamentals of Risk Analysis and Risk management, Nueva York, Lewis. 1997. Tomado de Cerezo, JA y Luján, JL. Ciencia y Política del riesgo. Alianza Editorial, S.A. Madrid 2000.

<sup>30</sup> Sánchez Emilia. El principio de precaución. Publicado en el Informatiu AATM, número 26, Mayo 2002. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM) Barcelona. Disponible en <http://www.aatm.es/>

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

1. Altisent R, Delgado MT, Jolín L, Martín MN, Ruiz R, Simón P, Vázquez JR. Sobre bioética y medicina de familia. Documento de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Grupo de trabajo de la semFYC. Palma de Mallorca. 1996.
2. Cerezo JA, Luján JL; Ciencia y Política del Riesgo. Madrid. 2000. Alianza Editorial, S.A.
3. Bonfill, H. La medicina basada en la evidencia científica. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Grupo MSD. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafío. 1º edición. Barcelona. Ediciones Masson, S.A. p: 487-512. 1998.
4. Bravo R, Campos C. La medicina basada en pruebas (Evidence-based Medicine). Jano.1997; LIII (1218): 71-72.
5. Conde J. La responsabilidad de la Administración y de los profesionales en la práctica médica. Madrid, p:14-15. Fundación Ciencias de la Salud. 1994.
6. Gascón JJ, Marión J, Peiró S. La variabilidad en la práctica clínica. En: Du Pont Pharma S.A. editores. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. 1ª ed. Tomo I. p:117-142. 1997.
7. Gómez JA, Abizanda R. Medicina crítica práctica: bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico.1ª edición. Barcelona. Edika Med. 1998.
8. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996; 107: 377-382.
9. Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología: principios, técnicas y aplicaciones.1ª edición. 1987. Barcelona. Salvat Editores, S.A.
10. López Cerezo JA, Luján JL. Ciencia y política del riesgo. Madrid. Ciencia y Tecnología. Alianza Editorial. 2000.
11. Marquet R. Gestión de la calidad en atención primaria de salud. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Grupo MSD. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafío. 1º ed. Barcelona. Ediciones Masson, S.A. p: 277-293. 1998.
12. Martínez F (coordinador). Fundación Mapfre Estudios. Gerencia de riesgos y seguros en la empresa. S.A. Editorial Mapfre. 1998.
13. Meliá J.L. Un modelo causal psicosocial de los accidentes laborales. Anuario de Psicología, 29 (3), 25-43. 1998.
14. Montserrat C. Gestión de la calidad en la atención especializada. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Grupo MSD. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafío. 1º ed. Barcelona, p: 294-312. Ediciones Masson S.A. 1998
15. Orive JI. El riesgo en la práctica clínica. Revista de Administración Sanitaria. 2000; 13 (III): 145-160.
16. Peretti- Watel P. La société du risque.. Éditions La Découverte & Syros. Paris. 2001
17. Ruiz Ortega JM. Una vacuna contra el azar sanitario: la gestión de riesgos sanitarios. Revista de Administración Sanitaria. 1999; 12 (III): 167-181.
18. Rodríguez C, Martínez López FJ. Dolor torácico y gestión de riesgos. Revista de Administración Sanitaria. 1998. 7(II): 83.
19. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método; reflexiones sobre dos épocas. 1ª ed. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1999.
20. Sarría A, Rodríguez P. Variabilidad en la práctica clínica. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Grupo MSD. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafío. 1º ed. Barcelona. Ediciones Masson, S.A. p: 513-528. 1998.
21. Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es la calidad? En: Du Pont Pharma, S.A. editores. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. 1ª edición. Tomo I. p:19-44. 1997.
22. Soriguer Escofet F. ¿Es la clínica una ciencia? 1ª edición. Madrid.. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1993.

23. Villar Rojas FJ. La responsabilidad de las Administraciones Sanitarias: Fundamento y límites. 1ª edición. Barcelona.. Editorial Praxis, S.A. 1996  
Yagüe, S, coordinador. Curso de medicina basada en la evidencia. Disponible en: URL: <http://www.geocities.com/HotSprings/sauna/9077/cursombe.htm>

## **I.2. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN LAS SENTENCIAS DE RESPONSABILIDAD DE NUESTRA BASE DE DATOS.**

**Francisco José Martínez López**  
**Presidente de AEGRIS**

Desde 1995, el Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria tiene encomendada la gestión operativa de las diferentes pólizas de responsabilidad civil y patrimonial que desde ese año vino suscribiendo primero el extinguido Instituto Nacional de la Salud (Insalud) y posteriormente el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingresa).

Esta gestión incluye la recepción de las sentencias dictadas por los Tribunales de Justicia en las reclamaciones que presentan los afectados por la aparición de efectos adversos en los pacientes; es posible que a partir del año 2001-fecha de las transferencias del Insalud-, no hayamos recibido todas las sentencias desestimatorias de los reclamantes pero si podemos asegurar que hemos recibido la totalidad de las sentencias condenatorias para el Instituto, dado que la condena significa el pago de una indemnización por la compañía de seguros, y por lo tanto se recibe puntual comunicación de los finiquitos de los indemnizados.

Uno de los trabajos de análisis de nuestra base de datos fue el valorar la frecuencia con que se producía en dichas sentencias el novedoso concepto de pérdida de oportunidad, no como argumento de los reclamantes sino como doctrina que aplicaban los Tribunales, de manera especial la Audiencia Nacional, jurisdicción contencioso-administrativa que juzga la inmensa mayoría de las demandas del Instituto. Los resultados de este análisis, actualizados a octubre de 2005, los extractamos y recogimos en otro lugar<sup>1</sup>.

A continuación tratamos, con criterios más médicos que jurídicos, el contenido de algunas de estas sentencias estimatorias, ya que creemos útil para los médicos y demás sanitarios conocer su contenido con mayor amplitud que lo suelen hacer las referencias jurídicas a las sentencias, objeto en parte de las ponencias de los expertos en derecho.

Como médicos, nos ilustra más el relato de los hechos, que subyacen a las consideraciones jurídicas, para el fin que se pretende obtener: mejorar la calidad y la seguridad de la asistencia de los pacientes a los que atendemos.

1. En la sentencia que extractamos<sup>2</sup>, estimatoria en parte, se refiere:

Paciente que acude al médico por molestias gástricas en *Octubre* de 1997. Se realiza estudio radiológico con contraste, se sienta el diagnóstico de hernia de hiato y se instaura tratamiento farmacológico. Hasta *Mayo* de 1998 acude varias veces al médico por no haber desaparecido las molestias, a pesar de los diversos tratamientos instaurados, no modificándose el diagnóstico pese a haberse realizado diferentes pruebas.

En un centro privado se realiza un TAC en *Junio* de 1998, diagnosticándose posible cáncer gástrico. Se interviene en un centro público de inmediato y fallece en *Septiembre* de 1998.

Hechos	oct.- 97	nov.- 97	dic.- 97	ene.- 98	feb.- 98	mar.- 98	abr.- 98	may.- 98	jun.- 98	jul.- 98	ago.- 98	sep.- 98
Molestias gástricas	X											
Estudio radiológico con contraste	?											
Diagnóstico hernia hiato y tratamiento farmacológico	?											
Revisiones médicas y pruebas. No endoscopia								X				
TAC abdominal en centro privado									X			
Diagnóstico cáncer gástrico												
Fallecimiento												X

? Sin fecha exacta recogida

El informe del perito judicial, según la sentencia, no refleja que el tratamiento recibido por la paciente fuera claramente contrario al criterio de normalidad de la *lex artis*: los medios diagnósticos fueron razonables, los síntomas que presentaba la paciente eran inespecíficos, y no había criterios que establecieran que la realización de una endoscopia fuera una indicación absoluta. Que el tiempo durante el que estuvo en tratamiento, aunque largo, se considera dentro del que cabe utilizar para apreciar la mejoría en anemias crónicas, y que el transcurso de cinco meses aconsejaba la realización de un nuevo estudio radiológico o de un estudio endoscópico. El informe coincide básicamente con el del perito de la compañía aseguradora. Dice la sentencia:

“El informe pericial insiste en que los medios empleados eran razonables pero que se echaba en falta un estudio endoscópico en razón de la persistencia y evolución de los síntomas. En cualquier caso, aún realizándose un informe precoz y aún cuando se hubiera detectado el cáncer cuando estuviera confinado solo al estómago (antes de extenderse) resulta improbable que se hubiera cambiado el período de supervivencia libre de síntomas y la evolución sintomática de la paciente”

“Por tanto, de lo que obra en el expediente y de la prueba practicada, resulta que la enfermedad de la madre de la recurrente era de muy mal pronóstico y con muy malas expectativas de supervivencia; por lo tanto, el fallecimiento no parece imposible imputarlo, por completo, al tratamiento médico recibido sino, antes bien a una conjunción de factores entre los que se incluyen una cierta demora en el tratamiento endoscópico y la propia patología de la paciente” En cuanto al importe de la indemnización se lee:

*“... el único concepto indemnizable es el que se refiere a que, dado el tratamiento médico recibido, se pudo privar a la paciente de la posibilidad de que, de haber recibido un tratamiento más acertado y más precoz, se hubiera producido el mismo resultado fatal pero en otras condiciones más favorables para la propia supervivencia de la paciente”*

“En cualquier caso, este concepto indemnizatorio no puede ser valorado del mismo modo que si se hubiera producido un resultado dañoso respecto del que se hubiera acreditado una más exacta relación de causalidad con la actuación administrativa”

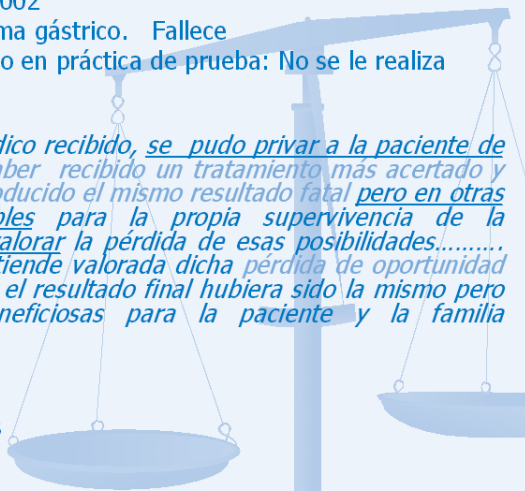
“Por tanto, la circunstancia de que se hubiera realizado la endoscopia de modo precoz solo pudo servir para retrasar un tiempo el resultado final y asegurar, quizás, una mejor calidad de vida de la paciente, pero sin evitar en ningún caso el fallecimiento”

“Por esta razón, la única indemnización posible es la que trata de valorar la pérdida de esas posibilidades y,.....cantidad con la que se entiende valorada dicha pérdida de oportunidad de que la evolución hacia el resultado final hubiera sido la misma pero en condiciones más beneficiosas para la paciente, y para su familia directa”

La ficha resumen es la siguiente

## Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 24 julio 2002
- Diagnóstico: Adenocarcinoma gástrico. Fallece
- Motivo reclamación: Retraso en práctica de prueba: No se le realiza endoscopia.
- Criterio de la Sala:  
*"Dado el tratamiento médico recibido, se pudo privar a la paciente de la posibilidad que de haber recibido un tratamiento más acertado y más precoz, se hubiera producido el mismo resultado fatal pero en otras condiciones más favorables para la propia supervivencia de la paciente..... Se trata de valorar la pérdida de esas posibilidades..... cantidad con la que se entiende valorada dicha pérdida de oportunidad de que la evolución hacia el resultado final hubiera sido la misma pero en condiciones más beneficiosas para la paciente y la familia directa....."*
- Indemnización:  
Solicitan: 180.304 euros  
Se concede: 12.000 euros



Consideraciones. Los carcinomas gástricos y gastroesofágicos constituyen importantes problemas de salud. En 2005 se produjeron en el mundo unos 934.000 casos de cáncer gástrico, y mueren anualmente por esta enfermedad unos 700.000 pacientes. Cuando el cáncer se localiza en el estómago y es mínimamente invasivo, la cura es posible hasta en un 70-90% de casos. Sin embargo, la detección temprana del cáncer gástrico no es habitual en los países occidentales. Lo corriente es que cuando se descubre ya es localmente invasivo y hay metástasis perigástricas. Menos del 30% de estos casos se curan por gastrectomía. Los pobres resultados de la cirugía determinan un gran interés en la búsqueda de alternativas terapéuticas o complementarias a la misma<sup>3</sup>.

El contenido de esta sentencia ¿puede o debe cambiar los protocolos de prescripción de una endoscopia a este tipo de pacientes con signos inespecíficos? En todo caso, se echa de menos una valoración probabilística de lo hecho y de lo omitido. Sería interesante que la sentencia incluyera los datos estadísticos en que se fundamenta la resolución, siquiera fuera de forma somera. Tengamos en cuenta que, normalmente, en la prensa profesional y aledaña solo se comentan algunos aspectos de las sentencias, y escasamente los contenidos de los informes que las soportan.

Estimamos que se deben mejorar los contenidos formales de las sentencias, recogiendo los datos esenciales de los informes periciales que han servido para la toma de la decisión del juez, a fin de que sean comprensibles y analizables desde un punto de vista científico, no sólo escolástico. Si los jueces y tribunales hablan a través de sus sentencias, sería exigible que transcribieran los datos materiales que se utilizan para dictar las mismas y no solo referencias a otras sentencias. No se discute la función jurisdiccional (constitucional) sino el modo de ponerla a disposición del público, a fin de hacerla comprensible.

Y una pregunta adicional: ¿cómo se valoraría económicamente el hecho sentenciado en el hipotético baremo de daños sanitarios que al parecer se está confeccionando esta situación?

2. También la siguiente Sentencia<sup>4</sup> es estimatoria en parte.

La reclamante fue intervenida de catarata en *Febrero* (día 1) de 1999; tres días después (1+3) pasó la primera revisión y 18 después (1+19) de la intervención se observa el inicio de una reacción inflamatoria. Al día siguiente (1+20) acude a urgencias y se le diagnostica endoftalmitis postquirúrgica, con cultivo negativo. Siete días más tarde (1+27) se programa una vitrectomía que no se pudo realizar por enfermedad intercurrente. Se continúa con el tratamiento, los cultivos siguen siendo negativos y tras una nueva suspensión (1+39) de la intervención quirúrgica, se le realiza 25 días después (1+51) de la primera suspensión, la vitrectomía y, al día siguiente, se lleva a cabo la enucleación.

Hechos	feb.-99	mar.-99	abr.-99
Intervención catarata	5		
Revisiones	8-24		
Urgencias.Diagnóstico endoftalmitis posquirúrgica	25		
No vitrectomía por catarro		4	
Cambio antibióticos		5	
Limpieza cámara anterior		10	
No vitrectomía por alergia medicamentosa		16	
Realización vitrectomía		29	
Enucleación			30

La sentencia recoge, a partir de los informes del perito judicial y del médico forense:

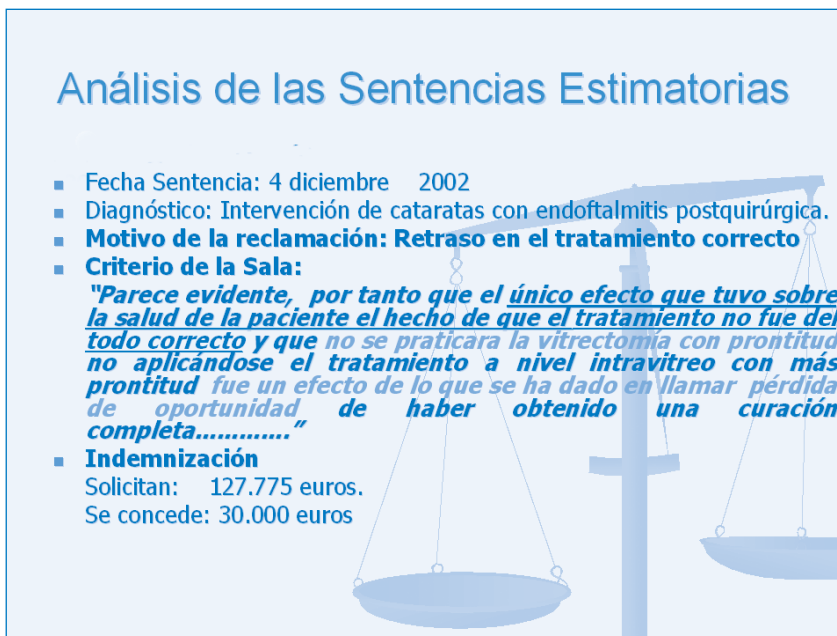
“Por lo tanto, el único reproche que se le puede realizar con fundamento a la actuación de la Administración es el retraso en el tratamiento y que se perdieron una serie de días entre el día 25 de Febrero y el día 29 de marzo (en que se realizó la vitrectomía) lo que pudo tener un efecto perjudicial para la evolución del paciente. Así como

que, durante ese tiempo se pudo aplicar un tratamiento más eficaz que la mera aplicación de antibióticos.

Ahora bien, lo que no se ha acreditado, y esta acreditación corría a cargo del recurrente, es cuál pudo ser el efecto que dicho retraso tuvo en la posible conservación del ojo intervenido y si, para el caso de haberse modificado la pauta de tratamiento se habría podido conseguir un resultado distinto así como cual hubiera sido este.

Parece evidente, por tanto, que el único efecto que tuvo sobre la salud de la paciente el hecho de que el tratamiento no fuera del todo correcto y que no se practicara la vitrectomía con prontitud no aplicándose el tratamiento a nivel intravítreo con más prontitud fue un efecto de lo que se ha dado en llamar “pérdida de oportunidades” por cuanto que lo único indemnizable, es pues, la pérdida de la oportunidad (por no decir hipótesis) de haber obtenido una curación completa”

La indemnización acordada fue un cuarto de la solicitada. La ficha de la sentencia es la siguiente



## Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 4 diciembre 2002
- Diagnóstico: Intervención de cataratas con endoftalmitis postquirúrgica.
- **Motivo de la reclamación: Retraso en el tratamiento correcto**
- **Criterio de la Sala:**  
***"Parece evidente, por tanto que el único efecto que tuvo sobre la salud de la paciente el hecho de que el tratamiento no fue del todo correcto y que no se practicara la vitrectomía con prontitud no aplicándose el tratamiento a nivel intravítreo con más prontitud fue un efecto de lo que se ha dado en llamar pérdida de oportunidad de haber obtenido una curación completa....."***
- **Indemnización**  
Solicitan: 127.775 euros.  
Se concede: 30.000 euros

Consideraciones. La endoftalmitis postquirúrgica no es infrecuente, y no hay una doctrina asentada sobre las medidas a tomar- aparte de las elementales de bioseguridad del quirófano y preparación de los cirujanos- para limitar su aparición. La sentencia tampoco nos ofrece una línea posible de mejor actuación, y tampoco nos ofrece datos para que su lectura nos sea útil para las conductas posteriores. Quiero insistir en las carencias formativas de las sentencias: condenan -cuando lo hacen- pero no explican de manera científica cómo se llega a esa decisión. Para los médicos, las sentencias condenatorias, tal como suelen estar redactadas, pueden perturbar, pero no enseñar,

3. También esta Sentencia<sup>5</sup> es estimatoria en parte.

La paciente sufrió en *Octubre* de 1997 la extirpación parcial de la trompa izquierda, como consecuencia de un embarazo ectópico, y alega que pudiera haberse evitado si se hubiera realizado con rigor la ecografía transvaginal de resolución total que le habían hecho, y que según el Servicio debería haberse identificado y tratado.

Hechos	ago.-98	sep.-98
Urgencias por vómitos y nauseas.No diagnóstico embarazo tubárico	23	
Urgencias por cuadro diarreico	26	
Urgencia control ECO. Posible aborto diferido	31	
Ingreso por aborto diferido		1
Urgencias e ingreso. Salpinguectomía derecha.Diagnóstico embarazo ectópico derecho		15
Última consulta por esterilidad		

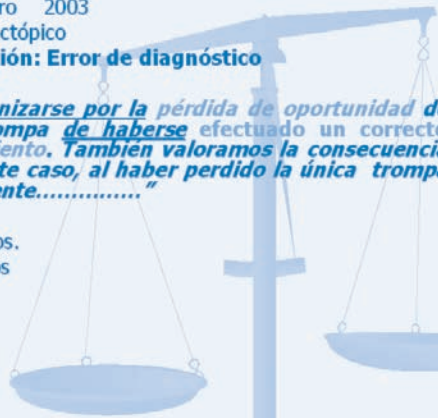
La paciente ya había sufrido con anterioridad la extirpación total de la trompa derecha, y la sentencia establece:

“Debe pues indemnizarse por la pérdida de oportunidad de haber salvado la trompa de haberse efectuado un correcto diagnóstico y tratamiento. También valoramos la consecuencia que se produce en este caso, al haber perdido la única trompa que restaba a la paciente”.

La indemnización acordada supuso el 65% de la petición.

### Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 22 enero 2003
- Diagnóstico: Embarazo ectópico
- **Motivo de la reclamación: Error de diagnóstico**
- **Criterio de la Sala:**  
*“ Debe pues indemnizarse por la pérdida de oportunidad de haber salvado la trompa de haberse efectuado un correcto diagnóstico y tratamiento. También valoramos la consecuencia que se produce en este caso, al haber perdido la única trompa que restaba a la paciente.....”*
- **Indemnización**  
 Solicitan: 177.307 euros.  
 Se concede: 84.000 euros



Consideraciones. Hubiera sido muy útil que la sentencia nos informara sobre las probabilidades de reparar la trompa y sobre las probabilidades de ulterior embarazo, porque si tenemos en cuenta la relación cantidad solicitada/cantidad acordada, ésta es muy alta.

#### 4. Sentencia<sup>6</sup> estimatoria en parte.

El paciente fue hospitalizado para identificar el proceso subyacente a la existencia de un número anormalmente alto de plaquetas. Se le pone tratamiento anticoagulante y un mes después se intenta biopsia ósea, que se tiene que interrumpir por sangrado. El paciente queda ingresado y se le pone tratamiento analgésico por aparecer dolor en glúteo derecho, que cede. Ante la ecografía negativa y la inexistencia de signos de trombosis venosa profunda se le da el alta. Ocho días después acude de nuevo por dolor en glúteo, irradiado a pierna, con dificultad para caminar. Tras exploración física y ECG se le da el alta. Al día siguiente acude a su médico de cabecera que no estima pertinente derivarlo al hospital; al siguiente día fallece en su domicilio. La causa del fallecimiento se estimó en un Tromboembolismo pulmonar.

Fundan la reclamación en que “La parte recurrente considera que pudo evitarse el fallecimiento de su esposo y padre y ello pues habría bastado con haber realizado unas sencillas pruebas que habrían permitido diagnosticar correctamente el Tromboembolismo que padecía y que le ocasionó la muerte. Entiende que se podían haber agotado los medios diagnósticos para haber conseguido, de ese modo, un diagnóstico más exacto”.

Hechos		jul.-99	sep.-99
Nivel de plaquetas anormalmente alto	?		
Estudio en Serv. Hematología		30	
No realización biopsia ósea por sangrado y hospitalización			9
Dolor glúteo. No signos de trombosis venosa. Alta hospital. No más pruebas			11
Dolor irradiado a pierna			18
Médico rural. No hospitalización			20
Fallecimiento por tromboembolismo pulmonar			21

La sentencia estima que se encuentra “...ante un supuesto en que el tratamiento se encuentra en el límite de la lex artis....”, ya que los peritos no han afirmado que el tratamiento prestado fuera abiertamente incorrecto ni erróneo. Y continua “Por lo tanto, no se puede entender que en este caso el fallecimiento sea imputable en exclusiva a la asistencia sanitaria recibida pues esta se mantuvo dentro de los parámetros de la corrección, entendida esta como la lex artis ad hoc” .

“La corrección del tratamiento médico aplicado al esposo y padre de los recurrentes resulta de lo dicho por el informe pericial.....y se llega a las siguientes conclusiones:

- el médico de cabecera actuó correctamente al remitirlo al servicio de hematología.
- el hecho de que en la biopsia aparezca un sangrado no es ninguna irregularidad...

- que era correcto que el médico achacara los dolores al hematoma glúteo que padecía el paciente...
- que los síntomas de disnea y dolor torácico de que se quejaba el paciente días antes de su fallecimiento podían ser confundidos con otros signos banales.

Y continua la sentencia:

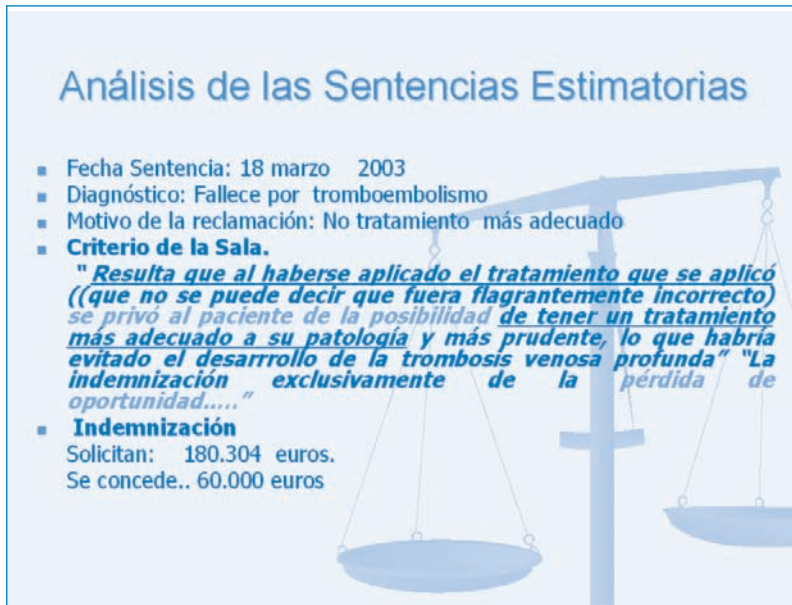
“Ahora bien, el hecho de que la asistencia fuera, en principio, correcta no priva de que pudiera haberse optado por otro tratamiento más acorde con la sintomatología del paciente y que hubiera evitado el fallecimiento”.

“Por lo tanto, y a juicio de esta sala, de la valoración conjunta de las pruebas obrantes en el presente recurso contencioso, resulta que al haberse aplicado el tratamiento que se aplicó (que no se puede decir que fuera flagrantemente incorrecto) se privó al paciente de la posibilidad de tener un tratamiento más adecuado a su patología y más prudente, lo que habría evitado el desarrollo de la trombosis venosa profunda”.

“Así pues, el daño objeto de reparación no puede ser el fallecimiento (pues este no se puede imputar por completo al tratamiento médico), sino que lo que es indemnizable es el daño consistente en recibir un tratamiento no del todo adecuado que privó al paciente de recibir un tratamiento más correcto que podría haber evitado el fallecimiento”

“La indemnización exclusivamente de la pérdida de oportunidades debe dar lugar a que la valoración del daño no se realice, en exclusiva, sobre la base del fallecimiento del paciente sino que se debe tomar en consideración.....”.

La indemnización acordada fue un tercio de la solicitada. La ficha de la sentencia es la siguiente



## Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 18 marzo 2003
- Diagnóstico: Fallece por tromboembolismo
- Motivo de la reclamación: No tratamiento más adecuado
- **Criterio de la Sala.**  
*" Resulta que al haberse aplicado el tratamiento que se aplicó ((que no se puede decir que fuera flagrantemente incorrecto) se privó al paciente de la posibilidad de tener un tratamiento más adecuado a su patología y más prudente, lo que habría evitado el desarrollo de la trombosis venosa profunda" "La indemnización exclusivamente de la pérdida de oportunidad...."*
- **Indemnización**  
 Solicitan: 180.304 euros.  
 Se concede.. 60.000 euros

Consideraciones. En esta sentencia sí se recogen algunos datos estadísticos: porcentaje de pacientes asintomáticos con trombosis venosa profunda, porcentaje de mortalidad de los TEP, aunque tampoco se justifica qué porcentaje de mortalidad se indemniza en el caso. Sigue siendo obscura la metodología de asignación monetaria a la pérdida de oportunidad.

#### 5. Sentencia<sup>7</sup> estimatoria.

La paciente, de 49 años, por cuya asistencia se reclama una indemnización, acudió en *Febrero* de 2000 a su médico de cabecera por sofocos, hinchazón abdominal y dolor en mano derecha, quien la derivó al servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital. Tras una exploración ginecológica y petición de pruebas rutinarias le informan de que lo suyo no tiene importancia y la citan para hacerse una mamografía **tres meses después (Junio)**.

En *Mayo* acude a su médico de cabecera, manifestando astenia, decaimiento y molestias en la zona torácica derecha, quien atribuye sus molestias a una depresión leve y situación premenopáusica. El día 9 de junio, ante la persistencia de la sintomatología, el médico de cabecera solicita nueva analítica, encontrándose un aumento de las enzimas hepáticas, Tres días después acude a Urgencias al hospital por dolor en el costado, recibe tratamiento sintomático y recibe el alta a su domicilio. El día 20 de junio su médico de cabecera la remite con carácter de urgencia al hospital, donde ingresa. Ocho días después vuelve a Urgencias, la diagnostican de cáncer de mama con metástasis hepáticas y fallece tres semanas después.

Hechos	feb.-00	mar.-00	abr.-00	may.-00	jun.-00	jul.-00
	14					
Médico cabecera por sofocos	25					
Ginecología Hospital. Pruebas complementarias normales	24					
Citación para mamografía					27	
Médico cabecera. Diagnóstico depresión leve o premenopausia				X		
Médico cabecera. Aumento enzimas hepáticas					9	
Urgencia por dolor costado izquierdo. Alta					12	
Remisión por médico cabecera al hospital.					20	
Ingreso para estudio					23	
Diagnóstico cáncer mama con metástasis hepática. Ingreso en Oncología					28	
Fallecimiento						11

Los informes periciales sostienen que un diagnóstico más precoz no hubiera evitado el desenlace ni la evolución, si bien el diagnóstico precoz hubiera podido aliviar los síntomas y, tal vez, alargado la supervivencia.

El informe del perito judicial “pone de manifiesto dos circunstancias, la demora en la cita para la realización de una mamografía y la falta de diligencia por parte de los facultativos para sospechar el diagnóstico, incluso cuando parecía muy evidente”.

La sentencia condena por cantidad igual a la solicitada. La ficha resumen

## Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 29 octubre 2003
- Diagnóstico: Cáncer en pecho e hígado Fallece
- **Motivo de la Reclamación: Retraso en el diagnóstico.**
- **La Compañía alega:**  
"En este caso, el tumor se comportó de forma muy agresiva, por sus características histológicas. Es muy dudoso que el diagnóstico precoz hubiera llevado a su curación, pero sí podría haber tenido alguna oportunidad para alargar la supervivencia."
- **Criterio de la Sala:**  
" **Considera que en la actuación asistencial de la paciente ha habido un retraso en el diagnóstico, de modo que no se llega a la sospecha del cáncer hasta el mes de junio, cuando con la práctica con urgencia de mamografía, que desde el primer momento estaba indicada, debió haberse formulado en el mismo mes de febrero o primeros de marzo**"
- **Indemnización**  
Solicitan: 123.440 euros  
Se concede: 123.440 euros

Consideraciones. Esta sentencia no trata de manera específica la pérdida de oportunidad como criterio condenatorio, pero sí condena por retraso en el diagnóstico, y condena por la pérdida de las posibilidades que hubiera tenido la paciente de sobrevivir si no hubiera habido tal retraso, aún considerando que es posible que sin el retraso diagnóstico el desenlace hubiera sido el mismo. *En esta sentencia se recogen los informes con una cierta cantidad de datos estadísticos-podemos decir que la calidad de la sentencia es superior a otras comentadas-sobre supervivencias en función del grado del tumor al diagnóstico, el porcentaje de disminución de la supervivencia en relación con el tiempo de retraso y otras.* Es de interés volver leer las exposiciones de los Drs. Ricardo Pardo y Antonio González.

### 6. Sentencia<sup>8</sup> estimatoria.

La familia del paciente expone que en *Febrero* de 1999, tras un cateterismo y diagnóstico posterior de miocardiopatía dilatada e insuficiencia aórtica, fue incluido en lista de espera para un recambio valvular. A primeros de *Julio* el paciente falleció, presumiblemente de la patología que portaba, por lo que no se realizó autopsia. Al día siguiente del fallecimiento, la familia recibe una llamada telefónica para que se realizase el ingreso, intervención que por razones obvias no pudo ser practicada. La reclamación "...no plantea que hubiere un error de diagnóstico, ni que hubiese error en cuanto a su encuadre en el grupo de enfermos preferentes dentro de los que se encontraban en lista de espera como de máxima prioridad. Que lo que se ventila es si la muerte de un enfermo en lista de espera y por causa de su padecimiento es un daño antijurídico a tenor del art. 141.1 de la Ley 30/1992, luego si concurre, o no, el deber jurídico de soportarlo".

Hechos	feb.-99	mar.-99	abr.-99	may.-99	jun.-99	jul.-99
Diagnóstico miocardiopatía dilatada e insuficiencia aórtica. Cateterismo	22					
Inclusión en lista de espera para intervención valvular			9			
Supuesta citación telefónica para ingreso en Cirugía Vasculat					17	
Fallecimiento						11
Llamada para ingreso						12

La sentencia recoge: "Referido a la cuestión que abordamos en autos, la "lista de espera", no cabe duda que su existencia es inevitable."

Pero cita la STS, sección 6ª, de 24 de septiembre de 2001 que condena al Servicio Andaluz de Salud (SAS) con este argumento «...No se trata, pues, de exigir a la Administración que disponga de medios ilimitados-lo que sería antijurídico por ir contra la naturaleza de las cosas y hasta contra el mismo sentido común- sino de probar que los medios materiales y personales disponibles, dentro del sistema estaban operativos y ocupados en atender a pacientes que habían entrado antes en el sistema por ocupar un puesto anterior en la "cola"».

También hace referencia la sentencia a otra de la Audiencia Nacional de 31 de mayo de 2000, en la que tras recoger la normativa existente, leyes y reglamentos sobre disponibilidad de medios en la administración sanitaria, asume que "...en este contexto la llamada lista de espera es una realidad en sí jurídica y como tal tiene su expresión legal". Por ello "...desde la juridicidad de la lista de espera.....cabe entender que serán daños jurídicos, luego existe el deber jurídico de soportarlos, los que se refieran a las molestias de la espera, precauciones y prevenciones que hay que tener en tanto llega el momento de la intervención, la desazón que implica o la rebaja que esto suponga en calidad de vida por controles o vigilancia del padecimiento hasta la operación. Por el contrario el daño que se sufra será antijurídico cuando venga dado por una lista en sí mal gestionada o irracional, de duración exagerada o cuando hubiere un error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en el curso de esa espera se produjesen empeoramientos o deterioros de la salud que lleven a secuelas irreversibles o que sin llegar a anular, sí mitiguen la eficacia de la intervención esperada".

Expuesta la doctrina, el Tribunal entra a valorar el expediente, reflejando párrafos enteros del mismo, quedando sin aclarar si el paciente recibió un mes antes de su fallecimiento una llamada del hospital para que ingresara para intervención, pero esta demostración hubiese correspondido a la administración, que no la llevó a cabo. Tras esa supuesta llamada fue dado de baja el paciente en la lista de espera. Termina la sentencia estableciendo la responsabilidad de la administración "...como consecuencia de una lista de espera mal gestionada, una persona que pudo haber sido intervenida el día 17 de junio, no es llamada hasta el día 12 de julio, día siguiente a haber fallecido. A la clara pérdida de oportunidad se adiciona el trágico resultado".

Y condena.

La ficha de la sentencia.

## Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 29 octubre 2003
- Diagnóstico: Insuficiencia aórtica moderada severa. Fallece
- **Motivo de la Reclamación: Lista de espera mal gestionada.**
- **Criterio de la Sala:**  
*"Como consecuencia de una lista de espera mal gestionada, una persona que pudo ser intervenida el día 17 de junio, no es llamada hasta el 12 de julio, día siguiente a haber fallecido. A la clara pérdida de oportunidad se adiciona el trágico suceso."*
- **Indemnización**  
 Solicitan: 75.516 euros  
 Conceden: 75.516 euros

Consideraciones. Como podemos leer, la doctrina sobre la lista de espera dista mucho de estar clara, pudiendo muchos responsables de la gestión de la responsabilidad sanitaria aportar situaciones que han dado lugar a sentencias cuyo tenor es difícil de entender con la doctrina de la juridicidad de la lista de espera.

En un caso propio que se indemnizó por negociación, un adolescente falleció como consecuencia de un absceso cerebral derivado de un colesteatoma, mientras estaba en lista de espera para la intervención. Pero la Administración realizó una investigación que puso de manifiesto que un buen número de los pacientes que habían sido intervenidos antes que el fallecido eran portadores de patologías no banales pero en modo alguno de gravedad suficiente para que fuesen atendidos con prioridad al muchacho fallecido. También conviene releer la ponencia del Dr. Bureo, médico a cargo de la gestión de las listas de espera en el SES.

### 7. Sentencia<sup>9</sup> estimatoria parcial.

La reclamación se hace en función de una posible pérdida de oportunidad. El paciente, de 56 años, sufrió una caída en *Enero* de 2000, y es diagnosticado de lumbalgia y esguince de tobillo. Entre el tres de *Febrero* y el 17 de *Abril* fecha en la que fallece por cáncer de pulmón, el paciente acudió en ocho ocasiones al médico de cabecera y cuatro al Servicio de Urgencias del hospital, siendo ingresado cuatro días antes de su fallecimiento.

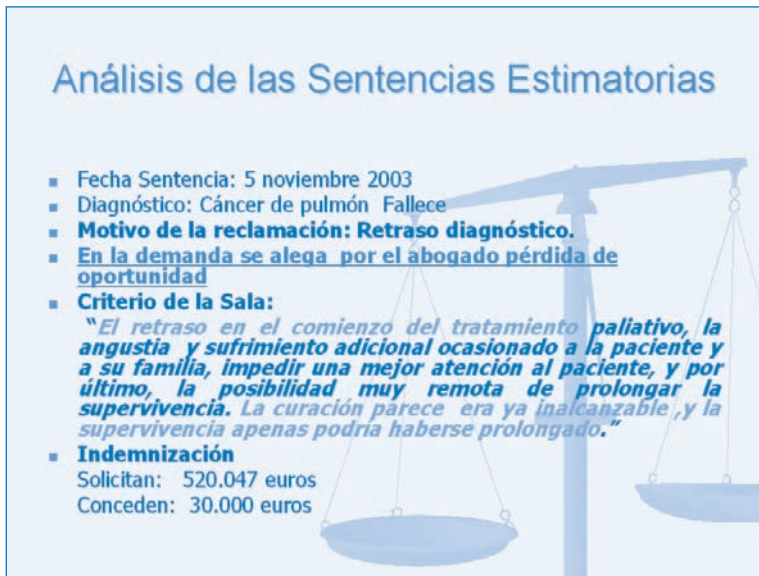
Hechos	ene.-00	feb.-00	mar.-00	abr.-00
Caída. Diagnóstico lumbalgia y esguince tobillo	7			
Médico cabecera. 8 veces		3-24	3-9-15-24-30	5
Urgencias. 4 veces		26	16	10-13
Ingreso hospital para estudio síndrome constitucional				13
Fallecimiento por cáncer pulmón				17

La sentencia recoge “in extenso” el contenido de diferentes informes, que en general sostienen que se pudo haber llegado antes al diagnóstico pero que no hubiera sido relevante para el resultado final de la enfermedad.

El Tribunal expone que “La valoración de todo lo expuesto lleva a la Sala a considerar probado que hubo un mal funcionamiento del servicio de sanidad en cuanto no se hizo un diagnóstico preciso en un tiempo prudencial...” Que este mal funcionamiento del servicio “...tiene relación de causa a efecto con los perjuicios irrogados al paciente y familiares, que estos perjuicios son limitados, pudiendo concretarse en el retraso en el comienzo del tratamiento *paliativo*, la angustia y sufrimiento adicional ocasionado a la paciente y su familia, impedir una mejor atención al paciente y, por último, una posibilidad muy remota de prolongar la supervivencia. La curación parece ya inalcanzable, y la supervivencia apenas podría haberse prolongado”.

La sentencia limita grandemente el importe de la indemnización reclamada.

La ficha de la sentencia



### Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 5 noviembre 2003
- Diagnóstico: Cáncer de pulmón Fallece
- **Motivo de la reclamación: Retraso diagnóstico.**
- En la demanda se alega por el abogado pérdida de oportunidad
- **Criterio de la Sala:**  
*“El retraso en el comienzo del tratamiento **paliativo**, la **angustia** y sufrimiento adicional ocasionado a la paciente y a su familia, impedir una mejor atención al paciente, y por último, la posibilidad muy remota de prolongar la supervivencia. La curación parece era ya inalcanzable, y la supervivencia apenas podría haberse prolongado.”*
- **Indemnización**  
Solicitan: 520.047 euros  
Conceden: 30.000 euros

Comentarios. La sentencia recoge también con bastante extensión los informes de los peritos, que hacen más comprensible las razones del fallo, aunque tal vez no el fallo en sí. También podemos decir que su redacción formal va en la línea que preconizamos: a los médicos les es útil sobretodo las sentencias que explican los fundamentos de las razones que las justifican. También conviene releer la ponencia del Dr. Hellín sobre el cáncer de pulmón.

8.- Sentencia<sup>10</sup> estimatoria parcial.

La reclamante alega que estuvo en tratamiento por infertilidad durante varios años; que en *Octubre* de 1994 se le prescribe un nuevo tratamiento pero sin informarle en qué consistía el tratamiento y sus posibles riesgos. A lo largo del seguimiento, a pesar de encontrarse mal le indicaron que siguiera su vida normal. Que en *Agosto* va al Servicio de Urgencias, le practican cesárea y al esposo le comunican que eran cuatro fetos y no tres, como con anterioridad le habían dicho.

Reclama por los siguientes errores médico sanitarios:

— Ausencia de consentimiento informado obligado cuando va a practicarse un tratamiento de fertilización.

— Seguimiento inadecuado del tratamiento instaurado, ya que debieron haber practicado una reducción embrionaria.

— Error en el diagnóstico, al ser cuatro los fetos y no tres.

— Error en el seguimiento del embarazo, que era de alto riesgo y no haberle indicado reposo, ya que estuvo trabajando hasta 13 días antes del parto.

— Ausencia de preparación al parto.

Hechos	oct.-94	nov.-94	dic.-94	ene.-95	feb.-95	mar.-95	abr.-95	may.-95	jun.-95	jul.-95	ago.-94	sep.-95	oct.-95	nov.-95
Tratamiento por infertilidad. Sin constancia de consentimiento informado	X	X	X	X										
Consulta tras 3 ciclos-tratamiento con gonadotropinas							11							
Control ecográfico. Diagnóstico gestación trillizos. No reducción embrionaria. Indicación vida normal							X	X	X	27				
Citación control											24			
Baja laboral por médico de familia											1			
Urgencias. Cesárea de parto múltiple. Cuatrillizos. 27,5 semanas gestación											12			
Fallecimiento cuarto cuatrillizo											14			
Alta hospital trillizos														24
Minusvalía de los tres trillizos. 33%, 33% y 42%														

En los fundamentos de Derecho la sentencia recoge literalmente algunos aspectos de los informes periciales, por lo que sabemos que: "... a la décima semana de gesta-

ción se hace control Ecográfico y se ve una gestación múltiple, trillizos con movimientos cardíacos fetales y medidas normales; nuevo control en la semana 15, en la 19+4 y la última se le realiza en la 23+3, citándola para un mes más tarde. Pero 15 días más tarde acude a Urgencias y se practica cesárea, extrayéndose cuatro fetos”.

Trasladados en transporte especializado dos días después fallece uno de ellos, presentando los demás patología importante por su prematuridad.

Otros informes periciales abundan en diferentes puntos médicos, cuestionando la pertinencia de prescribir baja laboral a la embarazada.

También recoge la sentencia todas las conclusiones del perito judicial.

La Sala establece que no ha quedado acreditada mala praxis y rechaza todas las objeciones de la reclamación, pero entra en la cuestión relativa a no haber prescrito reposo y no haber dado la baja laboral con anterioridad. Y sentencia que “De lo expuesto considera la Sala que de acuerdo con los criterios científicos que parecen predominantes debió darse la baja laboral con anterioridad al momento en que se hizo, si bien no parece confirmado el criterio sustentado por el perito, que manifiesta una opinión más”.

“Esta consideración de la Sala puede avalar la posibilidad de la existencia de una relación de causa a efecto con el perjuicio irrogado, ahora bien únicamente en el terreno de la hipótesis, pues el perito no puede hacer evaluación alguna, y de otra parte desde once días antes de aparecer síntomas de parto la gestante estaba ya con la baja médica. La propia profesión de la gestante y su cónyuge apuntan también a que con anterioridad a la baja pondría cuidado en no ejecutar actuaciones, como llevar pesos, que pudieran conducir a una situación no deseada. En autos la existencia de lesiones no ofrece dudas, la hipótesis se ubica en si para tal resultado ha tenido alguna relevancia el retraso en dar la baja laboral, y en este sentido considera la Sala que sí aparece una pérdida de oportunidad en cuanto a que el hecho de haber dado con anterioridad la baja o mayor énfasis sobre la conveniencia de no llevar a cabo esfuerzos podría quizás haber retrasado el parto”. La indemnización acordada fue la octava parte de lo solicitado.

Consideraciones. Es una sentencia, a nuestro juicio, difícil de entender, teniendo en cuenta la realidad diaria de la prescripción de bajas laborales. De la redacción de la sentencia no se deduce ni que el médico de familia indicara la baja, ni que el tocólogo la prescribiera, ni que la paciente la rechazara ni la solicitara. ¿Podría deducirse que en casos similares el médico debe prescribir la baja y, tal vez, dejar constancia del hecho en la historia clínica, en caso de que no se acepte la misma por el paciente?

En nuestra base de datos hay más sentencias sobre pérdida de oportunidad, pero creemos que con las extractadas es suficiente.

Insistimos en que no solo en este tipo de sentencias sino en la generalidad de las mismas se debieran recoger los datos en que se sustentan las decisiones tomadas,

## Análisis de las Sentencias Estimatorias

- Fecha Sentencia: 25 mayo 2005
- Diagnóstico: Retraso en baja laboral. Embarazo de cuatrillizos en tratamiento de fertilidad.
- **Motivo de la reclamación: Falta de consentimiento. Seguimiento inadecuado. Error diagnóstico ( cuatro, no tres). Error seguimiento parto.**
- **Criterio de la Sala:**  
*" Ha tenido relevancia el retraso en dar la baja laboral, aparece una pérdida de oportunidad en cuanto a que el hecho de haber dado con anterioridad la baja o mayor énfasis sobre la conveniencia de no llevar a cabo esfuerzos podría quizás haber retrasado el parto".*
- Indemnización:  
Solicitan: 480.810 euros  
Conceden: 60.000 euros.

datos no sólo jurídicos, de autoridad de la Jurisprudencia sino, en la medida de lo posible, datos científicos que permitan correlacionar, a los profanos en derecho, la realidad planteada con las decisiones de obligado cumplimiento, no siempre consideradas como muy racionales, desde el punto de vista médico-científico.

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> Martínez López FJ, Vela Pérez P, Puente García J. La pérdida de oportunidad en las sentencias de la Audiencia Nacional por hechos objeto de cobertura del contrato el seguro de seguro de responsabilidad civil. VIII Congreso AEGRIS. Sevilla 2005. [www.aegris.org](http://www.aegris.org)).

<sup>2</sup> Sentencia de 24 de julio de 2002. Origen: Audiencia Nacional.

<sup>3</sup> JS Macdonald. Gastric Cancer-New Therapeutic Options. [www.nejm.org](http://www.nejm.org); July 6, 2006.

<sup>4</sup> Sentencia de 4 de diciembre de 2002. Origen: Audiencia Nacional.

<sup>5</sup> Sentencia de 22 de enero de 2003. Origen: Audiencia Nacional.

<sup>6</sup> Sentencia de 18 de marzo de 2003. Origen: Audiencia Nacional.

<sup>7</sup> Sentencia de 29 de octubre de 2003. Origen: Audiencia Nacional.

<sup>8</sup> Sentencia de 29 de octubre de 2003. Origen: Audiencia Nacional.

<sup>9</sup> Sentencia de 5 de Noviembre de 2003. Origen: Audiencia Nacional.

<sup>10</sup> Sentencia de 25 de Mayo de 2005. Origen: Audiencia Nacional.



### **I.3. A PROPÓSITO DEL TEOREMA DE BAYES. Nota breve**

**Rafael Álvarez Cáceres**

**Médico. Físico. Experto en Estadística e Informática.**

Hay muchas circunstancias, médicas y no médicas, en las que un determinado suceso se asocia con una característica determinada con una probabilidad muy elevada. Esto lleva a relacionar suceso y característica en un sentido causal, e incluso a pensar que eliminando la característica se eliminaría el suceso. En muchas ocasiones puede llevar a grandes errores.

En el campo de la jurisprudencia en casos de demandas judiciales sanitarias hay un concepto, la pérdida de oportunidad del paciente, a propósito de que la evolución de su enfermedad hubiera sido mejor si el diagnóstico se hubiera realizado en la primera consulta, o al menos haberlo encauzado correctamente. Esto que parece razonable, en algunos casos es muy difícil de conseguir, excepto con el planteamiento de que se realizaran pruebas de alta tecnología en casi todos los pacientes, lo que sería inviable y, probablemente debido a los falsos positivos, problemático desde el punto de vista del sistema sanitario para el conjunto de los ciudadanos.

La exigencia en la manera de practicar la medicina la impone la sociedad y más concretamente las sentencias judiciales en las que se reprocha la conducta médica ante determinados supuestos. La medicina defensiva no es una exigencia médica, sino social y jurídica, por eso el concepto de pérdida de oportunidad, muy interesante y emotivamente plausible, tiene que ser debidamente racionalizado para evitar que el coste de la sanidad pública aumente de manera exponencial.

Hay que tener en cuenta que es muy diferente la evaluación de los hechos a priori, es decir, antes de conocer el diagnóstico hay que analizar la sintomatología y hacer un diagnóstico, que a posteriori relacionar un diagnóstico ya sabido con la sintomatología previa. El primer caso es la actuación de los facultativos en consulta, la segunda la de los peritos judiciales.

No se puede dar el mismo valor a ambas situaciones. Por ejemplo, si determinado tipo de delito lo cometen, en un 90%, extranjeros, visceralmente se puede tener la impresión de que la mayoría de los extranjeros son delincuentes. Si se cometen 1000 delitos de unas características determinadas por extranjeros y hay un millón de extranjeros, la probabilidad de que un extranjero cualquiera cometa ese tipo de delitos es muy pequeña, uno por mil, 0,001. Este problema es muy frecuente en la vida común y se utiliza visceralmente y de manera poco racional en muchos casos.

A continuación se analiza un caso basado en datos reales.

Un paciente consulta por molestias epigástricas, se le prescriben antiácidos, pero no ceden las molestias; a las tres semanas vuelve a consultar, se le prescriben analgésicos y se pide una ecografía, que tarda un mes en realizarse y que es normal; ante

la persistencia de las molestias el médico de Atención Primaria deriva el paciente al especialista de digestivo que le atiende 40 días después, y solicita una gastroesofagoscopia preferente ante la intensidad de las molestias; mientras tanto se refuerza el tratamiento analgésico; 15 días después se realiza la prueba y se diagnostica una gastritis leve.

El paciente acude a urgencias con un cuadro de dolor muy agudo, se le hace un TAC y se diagnostica un cáncer de páncreas, el paciente muere a las pocas semanas. La familia interpone una demanda por el retraso en el diagnóstico.

Una de las preguntas claves en el juicio al perito judicial fue si en el cáncer de páncreas era frecuente el dolor epigástrico; el perito contestó que en casi todos los casos lo había. En su alegato el abogado insistió en ese punto que aceptó el tribunal en la sentencia condenatoria. Parecía inexplicable que si en la mayoría de los casos de la enfermedad había dolor epigástrico no se hubiera pensado en que el paciente tuviera un cáncer de páncreas.

La probabilidad a priori, es la probabilidad de padecer un cáncer de páncreas, esta probabilidad varía geográficamente, pero tirando por lo alto puede ser de 0,0001, es decir, de cada diez mil consultas en Atención Primaria una es debida a un cáncer de páncreas. La probabilidad a posteriori, es decir, sabiendo que tiene un cáncer de páncreas, ¿cuál es la probabilidad de padecer dolor epigástrico? La probabilidad es 0,99. Pero cuando el médico está en consulta la pregunta que se hace para todas las patologías que pueden justificar la sintomatología, referida al cáncer de páncreas es ¿cuál es la probabilidad de que el paciente tenga un cáncer de páncreas sabiendo que tiene dolor epigástrico?

La contestación a la pregunta anterior no es inmediata, para contestarla es necesario conocer la prevalencia de todas las patologías que pueden dar dolor abdominal y aplicar el teorema de Bayes: una estimación de la probabilidad en cuestión es 0,00016, una probabilidad muy pequeña. Si el concepto de pérdida de oportunidad exige que no haya ninguna probabilidad de que tuviera la patología diagnosticada, habría que cerrar las consultas de Atención Primaria y hacer todo tipo de pruebas diagnósticas a los pacientes, casi en cualquier consulta. Un paciente con amigdalitis puede desarrollar una septicemia horas después de la consulta; un paciente con cefalea puede ser por un tumor cerebral, aunque tenga un historial de cefaleas; un dolor lumbar puede ser una metástasis, etc.

La utilidad para todos los profesionales que tienen que tomar decisiones, sean de la actividad que sean, de conocimientos específicos de estadística parece incuestionable.

Pérdida de oportunidad → La enfermedad evoluciona mejor si se diagnostica en la primera consulta

Evaluación de hechos *a priori* → Actuación de los facultativos en consulta

Evaluación de hechos *a posteriori* → Actuación de los peritos judiciales

#### *Caso real*

- Paciente que consulta por molestias gástricas, se le prescriben antiácidos y ante la persistencia de las molestias a las tres semanas se le prescriben analgésicos y se solicita ecografía que es normal.
- Transcurridos 4 meses desde la primera visita, es diagnosticado por el especialista de gastritis leve a través de la gastroesofagoscopia realizada con carácter preferente.
- Ante el dolor agudo el paciente acude a Urgencias, donde se realiza TAC y se diagnostica de cáncer de páncreas, muriendo a las pocas semanas.

#### *Comentario*

Probabilidad *a priori* de padecer un cáncer de páncreas por dolor epigástrico → 0,00016

Probabilidad *a posteriori* sabiendo que tiene un cáncer de páncreas de padecer dolor epigástrico → 0,99



## CAPÍTULO II

# CONSIDERACIONES JURÍDICAS ACERCA DEL CONCEPTO PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD COMO SITUACIÓN INDEMNIZABLE

### 1. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA. DOCTRINA GENERAL Y EVOLUCIÓN EN DERECHO COMPARADO

FEDERICO DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN

Abogado Miembro de AEGRIS Profesor colaborador de Derecho Constitucional,  
UPCO (ICADE)

### 2. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA. ESTUDIO JURISPRUDENCIAL

JAVIER MORENO ALEMÁN

Abogado. Miembro de AEGRIS. Profesor colaborador de Políticas Sectoriales, UPCO  
(ICADE)



## **II.1. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA. DOCTRINA GENERAL Y EVOLUCIÓN EN DERECHO COMPARADO**

**Federico de Montalvo Jääskeläinen**  
**Abogado Miembro de AEGRIS Profesor colaborador**  
**de Derecho Constitucional, UPCO (ICADE)**

### **1. A modo de introducción**

Tradicionalmente, la doctrina de la pérdida de oportunidad venía siendo aplicada en el ámbito de la valoración de los daños producidos en los casos de responsabilidad médica. Es decir, afectaba sustancialmente al quantum indemnizatorio y no a otros elementos que configuran la responsabilidad sanitaria, tal como sería el nexo de causalidad. De este modo, una vez cumplidos los requisitos que configuran la responsabilidad sanitaria, se hacía uso de dicha doctrina en orden a establecer cuál es el verdadero daño ocasionado por la actuación médica y poder, así, cuantificar el importe a indemnizar.

Por otro lado, la doctrina de la pérdida de oportunidad viene principalmente referida a los supuestos de responsabilidad sanitaria por error de diagnóstico o diagnóstico tardío. Es en dicho ámbito del error de diagnóstico donde encuentra acomodo. Supuestos concretos donde se ha aplicado habitualmente la misma son el diagnóstico tardío de neoplasias o la asistencia tardía en domicilio o en centro sanitario por los profesionales de los Servicios de Urgencias.

Sin embargo, recientemente, como vamos a comprobar a continuación, la doctrina de la pérdida de oportunidad viene aplicándose ya no sólo a lo que se refiere al importe indemnizatorio, sino principalmente, para determinar si concurre o no el requisito de la relación de causalidad. En relación a este requisito que debe concurrir para proclamar la responsabilidad sanitaria, debe tenerse en cuenta que, en muchas ocasiones, el mismo plantea especiales dificultades, dado que muchas veces es harto complejo determinar en qué medida el desenlace final producido en la salud del paciente es consecuencia, bien de la patología de base del paciente, bien de la acción u omisión médica.

A tales efectos, debemos recordar que en el ámbito de la responsabilidad sanitaria el sujeto que sufre el daño derivado de la actuación médica presenta ya con anterioridad una patología o enfermedad, es decir, que tiene un daño previo y, en consecuencia, lo difícil es determinar si el desenlace o evolución de dicha patología se hubiera producido independientemente de cuál haya sido la actuación del profesional médico. Si el desenlace final (muerte o secuela permanente) hubiera sido el mismo, pese a que, por ejemplo, el médico se hubiera ajustado a las exigencias de la *lex artis ad hoc*,

puede afirmarse entonces que no existe relación de causalidad entre el presunto daño sufrido por el paciente y la acción u omisión médica, y ello, con independencia del reproche que merezca la actuación del profesional. En este sentido, debemos recordar que a través de la responsabilidad patrimonial no se enjuician conductas (este sería el ámbito de la responsabilidad disciplinaria), sino daños provocados por conductas.

Por lo tanto, en muchas ocasiones la actuación negligente del médico no habrá causado la enfermedad, sino que tan sólo habrá limitado las posibilidades de curación de la misma o las posibilidades de que el desenlace hubiera sido distinto (prolongación de la vida, conservación de un miembro u órgano, etc.). Esto es, en términos doctrinales, pérdida de oportunidad.

## 2. Origen de la doctrina de la pérdida de oportunidad

El origen doctrinal de la pérdida de oportunidad debe establecerse en el Derecho francés (*perte d'une chance*) y en el Derecho anglosajón (*loss of a chance of recovery*), sin olvidar las importantes aportaciones que en esta materia han hecho muchos países iberoamericanos (pérdida de la chance).

Fernández Hierro señala, en relación a la misma, que ha tenido una consecuencia práctica importante: la valoración de la pérdida es distinta a la valoración del daño de haber sido este cierto; así y en el supuesto de pérdida del recurso, la valoración de la pérdida de la posibilidad no es la cantidad reclamada en el procedimiento, sino una cantidad fijada en la mayoría de los casos, más bien de modo simbólico, o, a lo más, atendiendo a las posibilidades de éxito de la acción<sup>1</sup>.

Igualmente señala Yepes Restrepo que, en el campo médico, se habla de la pérdida de oportunidad de vida o curación para significar aquellos casos en que por la omisión de una ayuda diagnóstica, de un tratamiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un medicamento más completo, etc., se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos debe el juez condenar al pago de un perjuicio proporcional a la pérdida de dicha oportunidad, la cual debe de todas maneras probarse dentro del proceso.

En idénticos términos, Trigo Represas explica que la pérdida de una oportunidad o chance constituye una zona gris o limítrofe entre lo cierto y lo incierto, lo hipotético y lo seguro; tratándose de una situación en la que media un comportamiento antijurídico que interfiere en el curso normal de los acontecimientos, de forma tal, que ya no se podrá saber si el afectado por el mismo habría o no obtenido una ganancia o evitado una pérdida de no haber mediado aquél; o sea, que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y en contra de obtener o no cierta ventaja, pero un hecho de un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades<sup>2</sup>.

Por ello, este mismo autor añade que debe efectuarse un balance de las perspectivas a favor y en contra. Del saldo resultante se obtendrá la proporción del resarcimiento y la indemnización deberá ser de la chance y no de la ganancia perdida.

Vázquez Ferreira en su trabajo sobre "*la pérdida de una chance como daño indemnizable en la mala praxis médica*" cita un ejemplo expuesto por Chabas y que es per-

fectamente aplicable al caso que nos ocupa: “Una mujer sufre hemorragias uterinas. El médico consultado no diagnostica cáncer, no obstante signos clínicos bastante netos. El médico se obstina. Cuando la paciente finalmente consulta a un especialista es demasiado tarde: el cáncer de útero ha llegado a su estadio último. La enferma muere. No podría decirse que el primer médico mató a la paciente. Ella hubiese podido, aún tratada a tiempo, morir de cualquier manera (la estadística da el coeficiente abstracto de chances de curación de un cáncer tomado en su origen). Si se considera que el perjuicio es la muerte, no se podría ni siquiera decir que la culpa del médico ha sido una condición *sine qua non* de ella. Pero obsérvese que la paciente, comprometida en un proceso de muerte, tenía chances de sobrevivir y la culpa médica hizo perder esas chances. También se trata de chances perdidas cuando un enfermo tiene posibilidades de sanar mediante un tratamiento o una operación correcta. La estadística, evidentemente abstracta, indica cuáles son esas chances. Por culpa del médico, por ejemplo, por un error en la operación, la enfermedad deviene definitiva. En todos estos casos, la situación final (muerte, enfermedad definitiva) no puede serle imputada al agente, porque hay dos causas posibles: una causa natural o su culpa, y no se sabe cuál es la verdadera. Cuando el perjuicio es la pérdida de una chance de supervivencia, el juez no tiene la facultad de condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que se debería si él hubiese realmente matado al enfermo”<sup>3</sup>.

El mismo Vázquez Ferreira añade en su trabajo que “por ello lo que correspondería determinar —en el peor de los casos— a los efectos de la indemnización es la chance de curación o de supervivencia que le fue privada al paciente por el accionar eventualmente irresponsable del demandado. Pero siempre teniendo en cuenta que la muerte, igual pudo haber ocurrido en tiempo más o menos prematuro a causa del mal preexistente.”

Como conclusión, Vázquez Ferreira manifiesta que “obviamente que la indemnización por pérdida de chances será siempre inferior a la que corresponda al padecimiento final que sufre el paciente como consecuencia del desarrollo de la enfermedad que lo aqueja”.

### **3. La doctrina de la pérdida de oportunidad en nuestro país**

La doctrina de la pérdida de oportunidad ya ha sido incorporada a nuestros Tribunales de Justicia. Así, atendiendo al caso que nos ocupa —materia médica—, la doctrina de la pérdida de oportunidad se ha aplicado a la culpa del cirujano cuya actuación no puede asegurarse que haya sido causante del fallecimiento, pero sí, al menos, una pérdida de supervivencia, y señalando que la reparación en este caso no puede ser más que parcial.

Así, puede traerse a colación la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 1998, (El Derecho 25080), en la que se estudió un supuesto de posible responsabilidad de un ATS que por error trasladó un segmento de dedo amputado a otro recipiente, con lo cual no estuvo en condiciones para un posible reimplante. La sentencia del Tribunal Supremo estimó parcialmente la demanda y declaró, literalmente, que

*“En suma, pues, a la demandada doña Nuria M.G. no se le puede más que imputar la pérdida de una oportunidad para efectuar en condiciones una operación de reimplante de la mano, que no se sabe si al final hubiera dado resultado. Dicho de otra manera, se le puede imputar la pérdida de unas expectativas”.*

Igualmente, puede traerse a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sede de Granada) de fecha 13 de diciembre de 1999, relativa a la incidencia que el funcionamiento anormal de la Administración Sanitaria había tenido en la evolución de un cáncer de mama padecido por la reclamante. Dicha Sentencia, a la hora de valorar el daño ocasionado a la paciente por la asistencia clínica incorrecta, declara, literalmente, que

*“Sobre la cuantía reclamada como importe de la indemnización de daños y perjuicios, de cuarenta millones de pesetas, por los daños físicos que han dejado deformidades y cicatrices muy importantes en la recurrente, además del dolor, aflicción y disminución de sus posibilidades de goce de la existencia, cuya cantidad fue estimada atribuyéndoles un valor indicativo en aplicación del baremo anexo a la Ley de Uso y Circulación de vehículos de motor, reformada por la disposición adicional octava de la Ley de 8 de noviembre de 1995, a cuyos preceptos viene atribuyendo la jurisprudencia un valor indicativo, como base aplicable a otros supuestos de responsabilidad por daños patrimoniales, esta Sala estima que, aunque efectivamente se haya producido una actuación negligente de los servicios sanitarios del “Hospital V.” de Granada, debe tenerse también muy en cuenta que esta Administración no es la única responsable de la enfermedad de la recurrente, pues de todos los informes obrantes en el expediente y en el propio recurso se desprende la virulencia de la enfermedad padecida por D<sup>a</sup> María Isabel. **Por ello, no sería de justicia atribuir a dicha Administración la responsabilidad absoluta en la causación de los daños sufridos por la recurrente, por lo que la Sala valora dichos daños y perjuicios solamente en el diez por ciento de la cantidad reclamada por la actora, cifrando, por tanto, dicha indemnización en cuatro millones de pesetas.**”*

La doctrina de la pérdida de la oportunidad ha sido también recogida en un importante número de resoluciones de la Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional, cuya Sección Cuarta ha venido conociendo en los últimos años, y hasta la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, de los litigios en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria. Valga por todas la Sentencia del citado Tribunal de 4 de diciembre de 2002 (Ponente: Guerrero Zaplana) en la que se manifiesta, literalmente, que

*“lo único que puede ser indemnizado es la posibilidad de que, de haberse actuado con arreglo a la lex artis, se hubiera podido lograr una completa curación, pero tomando en consideración que no se ha acreditado si dicha curación completa era posible ni de qué factores dependía.”*

El mismo Guerrero Zaplana, ponente de la Sentencia que acabamos de transcribir parcialmente, señala que “es necesario que este criterio de la indemnización de la pérdida de oportunidades se utilice con especial prudencia pues, de no hacerlo así, se podría producir la indemnización de supuestos absolutamente improcedentes; en cualquier caso utilizado este criterio con la referida prudencia puede servir para atender a algunos supuestos en que el daño efectivo es difícil de apreciar”<sup>4</sup>.

En otros campos distintos a la Medicina, pero en cierto modo equivalentes al considerarse que la obligación del profesional no es de resultado, sino de medios, también se ha hecho efectiva aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad.

*“Así, la doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido recientemente abordada por la Sala Primera del Tribunal Supremo en la Sentencia de 8 de abril de 2003, en la que se valora en qué medida la incorrecta actuación de un Letrado ha determinado que los clientes, y a la sazón reclamantes de responsables, no hayan obtenido un resultado satisfactorio en el correspondiente litigio en el que dicho Letrado les representó. En la Sentencia se manifiesta, literalmente, que*

*“Por todo ello, más que tratar de determinar cuál podría haber sido el desenlace de la contienda judicial precedente si el abogado que en ella actuaba hubiese propuesto una prueba pericial plenamente ajustada a las normas procesales vigentes, o de valorar la prueba de dicha naturaleza que en un proceso diferente —el actual— se ha practicado a instancia de otro letrado, parece más indicado tener en cuenta lo que la doctrina denomina «pérdida de oportunidad» que se ha ocasionado al causante de los recurrentes, quien por la impericia o la falta de diligencia del abogado cuyos servicios profesionales había solicitado no ha podido acceder a los Tribunales en las condiciones imprescindibles para demandar la tutela de sus intereses ante los mismos.*

*Para la adecuada reparación de dicho daño moral, a la vista de las diversas instancias a las que ha debido recurrirse durante un prolongado período de tiempo parece adecuado fijar en tres millones de pesetas (3.000.000) la indemnización solicitada.”*

Igualmente, podemos citar también la sentencia dictada por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Barcelona de fecha 31 de enero de 2002, en la que se abordó el caso de responsabilidad de un abogado por una presentación extemporánea de un recurso de casación, y se declara

*“La dificultad sobreviene cuando se aborda la liquidación del importe de la indemnización, ante la dificultad de determinar con exactitud cuáles han sido los daños y perjuicios sufridos. El resultado de la extemporánea presentación del recurso no es otro que la imposibilidad de dar satisfacción al derecho a que otra instancia, en este caso, el TS, revise la decisión del órgano inferior, lo que a su vez tiene dos componentes. Una es de índole moral, al frustrarse el derecho a ver reconocida la razón en el caso concreto; otra es de índole material, al perderse la posibilidad de que, estimándose la pretensión del demandante, éste pudiera percibir una suma que en el mejor de los casos podría llegar a 25.830.748 pts. Como señala la sentencia de la AP de Baleares, Secc 4ª, de 25 de febrero de 1999, haciendo un estudio de la jurisprudencia, las sentencias del TS de 11 de nov. de 1997 y de 25 de mayo de 1998 abordan la cuestión apuntada y en ambas se entiende que el verdadero perjuicio sufrido en tales casos se condensa en la pérdida de una oportunidad, de un derecho al acceso a los Tribunales o a la tutela judicial efectiva, pero no a una pretensión definitivamente consolidada”.*

Así pues, hemos podido comprobar cómo la doctrina de la pérdida de oportunidad viene siendo aplicada de manera unánime por nuestros Tribunales de Justicia, y, entre ellos, significadamente por el Tribunal Supremo, y que tal doctrina determina una modulación de la valoración de los daños. Así, a la hora de cuantificar el quantum indemnizatorio habrá que determinar en qué medida el acto médico incorrecto ha incidido en la patología del paciente y en la evolución de la misma. Como ha podido comprobarse con la lectura de las posiciones doctrinales y jurisprudenciales que acabamos de exponer, la consecuencia práctica de la aplicación de la doctrina de la pérdida es una reducción notable del quantum indemnizatorio, ya que el cálculo debe efectuarse sobre el porcentaje de supervivencia que supondría, en su caso, el daño ocasionado al paciente.

Así, a modo de ejemplo, puede citarse la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 14.<sup>a</sup>) de 2 de julio de 2001, (El Derecho 64472), en la que se valora la pérdida de oportunidad por el retraso de nueve meses en el diagnóstico de un cáncer en dos millones de pesetas, aunque reconociendo la propia Sala que en otros casos similares se habían reconocido hasta cuatro millones de pesetas. Los términos literales en los que se expresa la citada Sentencia son los siguientes:

*“En conclusión debe estimarse que si que existió la relación de causalidad en la causación tanto del daño moral (angustia y zozobra) como material, no ya en cuanto a la realización de la traqueotomía que probablemente debió efectuarse en cualquier caso sino especialmente en cuanto al tiempo posible de supervivencia del enfermo que suele estar relacionada con el inicio precoz del tratamiento que puede incluso evitar la progresión de la enfermedad. Por ello, sin perjuicio que el fallecimiento del paciente no puede atribuirse a la conducta de los doctores demandados, el retardo en el diagnóstico de la enfermedad por la falta de pruebas eficientes para su detección atendidas las circunstancias del caso, si pudo intervenir en el período de tiempo que el enfermo podía haber sobrevivido así como en su calidad de vida hasta el momento del óbito, por lo que procede conceder como indemnización la cantidad de dos millones de pesetas, siguiendo el criterio sostenido por esta Sala en Sentencia de 17 de abril de 2000 (EDJ 2000/23919) en la que en un caso de falta de información con pérdida de nueve meses en el tratamiento del cáncer padecido se concedió la indemnización de 4 millones de pesetas; si bien en el presente caso se reduce la indemnización habida cuenta que el propio paciente se negó en un principio y pese a la correcta indicación que le efectuó el equipo médico al que acudió en segundo término (Belviche) a someterse a la operación de extirpación quirúrgica de la neoplasia laríngea, optando en su lugar por la radioterapia; tratamiento que pudo endurecer y alterar los tejidos que posteriormente tuvieron que ser intervenidos con agravamiento del pronóstico y tratamiento posterior, según consta en el documento informe obrante como documento 13 bis de la demanda del Dr. Font.”*

Para conocer cuál ha sido el porcentaje de oportunidad perdido por el paciente puede acudir a la literatura médica y, en concreto, a la estadística científica, la cual, pese a ser abstracta, no indica cuál es la oportunidad. Así se hace, por ejemplo, en una resolución judicial en la que literalmente se señala que

*“valorando el grado de la enfermedad y desarrollo del cáncer de mama que padecía la paciente—, la valoración de la pérdida es distinta a la valoración del daño de haber sido cierto, es decir, las posibilidades de supervivencia podrían haber sido de un 50% a los cinco años. Por este motivo, en el supuesto de que esta Sala estime que hay responsabilidad, atendiendo al principio de la pérdida de oportunidad, la indemnización deberá ser, al menos, reducida en un 50% de la cuantía solicitada.”*

En definitiva, en el ámbito de la responsabilidad médica la doctrina de la pérdida de oportunidad provoca una reducción del importe indemnizatorio ajustada a la oportunidad perdida, generalmente deducida de la estadística científica.

Por ello, aunque en un supuesto de responsabilidad patrimonial concreto podamos admitir la existencia de responsabilidad, es siempre importante valorar también si existe pérdida de oportunidad, es decir, qué posibilidad existía de que una actuación correcta por parte del profesional hubiera modificado el desenlace final y establecer, en su caso, los datos estadísticos que permitan cuantificar la pérdida.

#### **4. La pérdida de oportunidad en el ámbito de la responsabilidad penal.**

Antes de continuar es importante señalar que en el ámbito de la responsabilidad penal, la doctrina de la pérdida de oportunidad no provoca dicha reducción del importe indemnizatorio, sino que produce la inexistencia de responsabilidad penal alguna por inexistencia de nexo directo y efectivo. Así, la Sentencia de 7 de julio de 2.000 del Juzgado de lo Penal de Valencia señala que la pérdida de oportunidad no genera responsabilidad penal. Dicha Sentencia enjuicia el fallecimiento por Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de un paciente en la sala de espera de un Servicio de Urgencias, que previamente había sido valorado por un médico encargado de la clasificación de los pacientes descartando por su clínica urgencia vital. Media hora después el paciente sufrió un desvanecimiento y falleció por IAM.

La citada sentencia se apoya en el Auto de la Audiencia Provincial de León de 23 de febrero de 1.999, con el que se confirma el archivo de un procedimiento penal por atipicidad de los hechos, al no concurrir el nexo de causalidad, al no poderse determinar la incidencia que pudo tener una demora de 20 ó 30 minutos sobre la evolución del paciente, que también acabó falleciendo.

En esta cuestión, además, radica el hecho de que nuestros Tribunales de Justicia vengán declarando que, generalmente, el error de diagnóstico carece de trascendencia penal. Tal ausencia de consecuencias penales del error de diagnóstico no sólo deriva del hecho de que la Medicina sea una ciencia inexacta en la que es imposible garantizar el resultado que supone el acierto diagnóstico, sino, además, porque en la mayoría de los casos es imposible afirmar que, con una actuación distinta del enjuiciado, el desenlace final se hubiera evitado, partiendo del hecho de que el daño principal que sufre el paciente no es causa del acto médico, como ocurre en el caso de responsabilidad médica por lesiones yatrogénicas, sino su patología de base.

#### **5. Últimas tendencias de la doctrina de la pérdida de oportunidad**

En el Derecho anglosajón la doctrina de la pérdida de oportunidad no se aplica ya sólo para determinar cuál debe ser el quantum indemnizatorio, atendiendo a cuál es la oportunidad perdida por el paciente, sino que, principalmente, sitúan la misma en el ámbito de la relación de causalidad. Así, a través de la doctrina de la probabilidad suficiente o probabilidad estadística (*more probable than not*), en virtud de la cual, a la hora de valorar si en un caso concreto concurre o no el requisito del nexo causal, se plantea qué porcentaje de pérdida de oportunidad es necesario para admitir que existe una relación de causalidad entre la acción u omisión médica y el daño sufrido por el paciente o la evolución de su enfermedad. Es decir, lo que viene a plantearse, al amparo de la doctrina de la probabilidad suficiente, es si cualquier pérdida de oportunidad puede considerarse que cumple con el requisito de la relación de causalidad o, por el contrario, debe exigirse una pérdida de oportunidad significativa o apreciable.

Por lo tanto, cuando es difícil determinar cuál ha sido la causa del daño (el acto médico o la patología de base), hay que acudir a la estadística, de tal forma que si la probabilidad estadística de que el daño haya sido ocasionado por el acto médico es sustancial, sí puede afirmarse que existe nexo causal entre el acto médico y el daño. Sin embargo, como acabamos de señalar, debe tratarse siempre de una probabilidad sustancial y, en consecuencia, no es suficiente cualquier porcentaje de pérdida. De este

modo, si el porcentaje de pérdida es mínimo no procede declarar la responsabilidad por no concurrir el requisito del nexo causal.

Esta es la doctrina que se recoge en una reciente Sentencia de la Cámara de los Lores del Reino Unido (caso Gregg v. Scott), relativa al diagnóstico tardío de un linfoma no Hodgkin. Dicha Sentencia dio lugar a un arduo debate que duró nueve meses y fue resuelta por tres votos frente a dos de los Magistrados que integraban el Tribunal. La conclusión que alcanza la Cámara de los Lores es que una pérdida de oportunidad inferior al cincuenta por ciento de probabilidad estadística no es susceptible de generar responsabilidad por ausencia del nexo causal<sup>5</sup>.

La opinión de la mayoría de los Magistrados (Lord Hoffman, Lord Phillips & Baroness Hale) se expresa en los siguientes términos literales:

*“the traditional principle that a claimant must have had more than 50% chance of survival to establish causation in order to satisfy the balance of probabilities test”.*

Similar criterio han seguido los Tribunales de los Estados Unidos de América. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo Kansas (Pipe v. Hamilton) 2002 (diagnóstico tardío de tejido estomacal gangrenado) señala que la pérdida de oportunidad del 10% es insuficiente para generar responsabilidad, ya que es necesaria una pérdida de oportunidad sustancial o apreciable<sup>6</sup>.

También, la Cámara Nacional de Apelaciones de Argentina señala en su resolución de 21 de noviembre de 2002 que *“si bien la chance en sí misma es resarcible, debe ser apreciada judicialmente según el mayor o menor grado de probabilidad de convertirse en cierta. La probabilidad depende de un cálculo matemático. La probabilidad de que un hecho futuro ocurra es un valor numérico determinístico. Aunque en la mayoría de los casos es imposible calcularlo con exactitud, de este valor depende si la chance es resarcible o no”,* añadiendo, a continuación que *“Por ello se utiliza el concepto de “probabilidad suficiente” o frases equivalentes, términos que aluden al umbral de la chance ..., la pregunta es ¿cuán grande debe ser el valor de probabilidad de una hipótesis, para que pueda ser tenida por cierta a los efectos del proceso decisorio? Y ello en tanto un umbral decisorio es un valor de probabilidad por encima del cual es posible inferir que la ocurrencia del hecho debe ser tenida en cuenta; y por debajo del umbral, el hecho es considerado prácticamente imposible e indigno de ser tomado en cuenta”*<sup>7</sup>.

## 6. Conclusión

Los Tribunales de nuestro entorno han recogido la doctrina de la pérdida de oportunidad sustancial o apreciable, lo que determina que un porcentaje bajo de pérdida de oportunidad (inferior al 30% ó 40%) no permite afirmar que exista relación causal suficiente y, en consecuencia, responsabilidad sanitaria. Así pues, la importancia de la doctrina de la pérdida de oportunidad no se sitúa ya sólo en lo que viene referido al importe indemnizatorio en cuanto al cálculo de la pérdida sufrida por el paciente, sino en el campo del requisito del nexo causal. Se acude en primer lugar a la doctrina de la pérdida de oportunidad para valorar si concurre o no relación de causalidad, y una vez acreditada que la oportunidad perdida es sustancial o apreciable, se aplica para determinar el quantum indemnizatorio, ajustando el mismo a la pérdida efectiva sufrida por el paciente, para lo que puede acudir, entre otros elementos, a la estadística científica.

La iconografía presentada viene a continuación.

## LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA: doctrina general y evolución en Derecho comparado

Federico de Montalvo Jääskeläinen  
MADRID, 12 de mayo de 2005



### A MODO DE INTRODUCCION (1)

SE RELACIONA CON EL REQUISITO DEL NEXO DE CAUSALIDAD

AFECTA ESPECIALMENTE A LOS SUPUESTOS DE ERROR DE DIAGNÓSTICO O DIAGNÓSTICO TARDÍO

TAMBIÉN A LOS DE TRATAMIENTO O ASISTENCIA TARDÍA

### A MODO DE INTRODUCCION (2)

SU INCIDENCIA EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA ES MUY RELEVANTE

CONCAUSA EN LA PRODUCCIÓN DEL DESENLACE FINAL



PATOLOGÍA DE BASE DEL PACIENTE  
+  
ACCIÓN/OMISIÓN SANITARIA

La actuación negligente del médico no causa la enfermedad, sino que disminuye las posibilidades de curación

### ORIGEN: DERECHO FRANCÉS Y ANGLOSAJÓN

### NO OLVIDAR, IBEROAMÉRICA

- Loss of a chance of recovery
- Perte d'une chance
- Pérdida de la chance

### DOCTRINA (1) Fdez Hierro

ha tenido una consecuencia práctica importante: la valoración de la pérdida es distinta a la valoración del daño de haber sido este cierto; así y en el supuesto de pérdida del recurso, la valoración de la pérdida de la posibilidad no es la cantidad reclamada en el procedimiento, sino una cantidad fijada en la mayoría de los casos, **más bien de modo simbólico, o, a lo más, atendiendo a las posibilidades de éxito de la acción**

### DOCTRINA (2)

en el campo médico se habla de la pérdida de oportunidad de vida o curación para significar, aquellos casos en que por la omisión de una ayuda diagnóstica, de un tratamiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un medicamento más completo, etc, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos **debe el juez condenar al pago de un perjuicio proporcional a la pérdida de dicha oportunidad**, la cual debe de todas maneras probarse dentro del proceso

### DOCTRINA (3)

En todos estos casos, la situación final (muerte, enfermedad definitiva) no puede serle imputada al agente, porque hay dos causas posibles: una causa natural o su culpa, y no se sabe cuál es la verdadera... Cuando el perjuicio es la pérdida de una chance de supervivencia, el juez no tiene la facultad de condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que se debería si él hubiese realmente matado al enfermo

6

### EN NUESTRO PAÍS ...

INICIALMENTE, LOS TRIBUNALES APLICAN DICHA DOCTRINA EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD DE ABOGADOS

7

### SENTENCIA AP BARCELONA 31/1/2002

“La dificultad sobreviene cuando se aborda la liquidación del importe de la indemnización, ante la dificultad de determinar con exactitud cuáles han sido los daños y perjuicios sufridos. El resultado de la extemporánea presentación del recurso no es otro que la imposibilidad de dar satisfacción al derecho a que otra instancia, en este caso, el TS, revise la decisión del órgano inferior, lo que a su vez tiene dos componentes. Una es de índole moral, al frustrarse el derecho a ver reconocida la razón en el caso concreto; ...”

8

### SENTENCIA AP BARCELONA 31/1/2002

“... otra es de índole material, al perderse la posibilidad de que, estimándose la pretensión del demandante, éste pudiera percibir una suma que en el mejor de los casos podría llegar a 25.830.748 pts. Como señala la sentencia de la AP de Baleares, Secc 4ª, de 25 de febrero de 1999, haciendo un estudio de la jurisprudencia, las sentencias del TS de 11 de nov. de 1997 y de 25 de mayo de 1998 abordan la cuestión apuntada y en ambas se entiende que el verdadero perjuicio sufrido en tales casos se condensa en la pérdida de una oportunidad, de un derecho al acceso a los Tribunales o a la tutela judicial efectiva, pero no a una pretensión definitivamente consolidada”.

9

### PRIMERAS SENTENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA

STS 10/10/1998

SENTENCIAS DE LA AUDIENCIA NACIONAL

10

### CONSECUENCIAS LEGALES (1)

EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL/PATRIMONIAL ...

REDUCCIÓN DEL IMPORTE INDEMNIZATORIO

SE INDEMNIZA, NO EL DAÑO FINAL, SINO EL PORCENTAJE DE LA OPORTUNIDAD

11

## DOCTRINA: Vázquez Ferreira

**“obviamente que la indemnización por pérdida de chances será siempre inferior a la que corresponda al padecimiento final que sufre el paciente como consecuencia del desarrollo de la enfermedad que lo aqueja”**

12

## ASI PUES ...

### IMPORTANCIA DE LA ESTADÍSTICA

“Para la valoración de la pérdida de oportunidad debemos acudir a las estadísticas científicas que la cuantifiquen, según la situación planteada”

“La estadística, evidentemente abstracta, indica cuál es la oportunidad”

13

## CONSECUENCIAS LEGALES (2)

### ¿Y EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD PENAL?

INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL SUFICIENTE (directo completo e inmediato)

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD PENAL



SENTENCIAS JUZGADO VALENCIA Y AP LEÓN (error diagnóstico IAM)

14

## EN DEFINITIVA ...

### AUNQUE SE ADMITA LA RESPONSABILIDAD POR DIAGNÓSTICO O ASISTENCIA TARDÍA ...

☞ VALORAR SI EXISTE PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD (POSIBILIDAD DE QUE EL TRATAMIENTO O DIAGNÓSTICO PRECOZ HUBIERA ALTERADO EL RESULTADO FINAL)

☞ ESTABLECER, CUANDO SEA POSIBLE, LOS DATOS ESTADÍSTICOS QUE CUANTIFIQUEN LA PÉRDIDA

15

## ÚLTIMAS TENDENCIAS

### DOCTRINA DE LA PROBABILIDAD SUFICIENTE (PROBABILIDAD ESTADÍSTICA)

¿QUÉ PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD ES NECESARIA PARA ADMITIR QUE CONCURRE EL REQUISITO DEL NEXO DE CAUSALIDAD?

¿CUALQUIER PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD ES INDEMNIZABLE?

16

## PAÍSES ANGLOSAJONES

### DOCTRINA DE LA PROBABILIDAD ESTADÍSTICA (more probable than not):

Cuando es difícil determinar cuál ha sido la causa del daño (el acto médico o la patología de base), hay que acudir a la estadística, de tal forma que si la probabilidad estadística de que el daño haya sido ocasionado por el acto médico es sustancial, si puede afirmarse que existe nexo causal entre el acto médico y el daño

17

## ÚLTIMAS TENDENCIAS

SENTENCIA CÁMARA DE LOS LORES:  
CASO GREGG 2004(diagnóstico tardío –9  
meses- de linfoma no hodgkins)

Datos interesantes: 3 a 2 votos y nueve  
meses de deliberación

*“la pérdida de oportunidad inferior al 50%  
no es suficiente para generar  
responsabilidad por ausencia de nexa  
causal”*

Bmj 5-2-2005

18

## ÚLTIMAS TENDENCIAS

OPINIÓN MAYORÍA (Lord Hoffman, Lord  
Phillips & Baroness Hale):

*“the traditional principle that a  
claimant must have had more than  
50% chance of survival to establish  
causation in order to satisfy the  
balance of probabilities test”*

19

## ÚLTIMAS TENDENCIAS

VOTO PARTICULAR (Lord Nicholls):

*“Would be irrational and indefensible  
to hold that a patient who lost a 55%  
prospect of recovery could recover  
damages while one who lost a 45%  
prospect was entitled to nothing”*

20

## ÚLTIMAS TENDENCIAS

SENTENCIA TRIBUNAL SUPREMO KANSAS  
(Pipe v. Hamilton) 2002 (diagnóstico tardío  
de tejido estomacal gangrenado)

*“la pérdida de oportunidad del 10% es  
insuficiente para generar responsabilidad ...  
es necesaria una pérdida de oportunidad  
sustancial o apreciable”*

21

## ÚLTIMAS TENDENCIAS

SUBSTANCIAL O APPRECIABLE LOSS OF  
CHANCE

30 al 57% (Borgren bv. U.S.)

37,5% (Falcon v. Memorial Hospital)

22

## ARGENTINA

Cámara Nacional Apelaciones 21/11/2002

si bien la chance en sí misma es resarcible,  
debe ser apreciada judicialmente según el  
mayor o menor grado de probabilidad de  
convertirse en cierta. La probabilidad depende  
de un cálculo matemático. La probabilidad de  
que un hecho futuro ocurra es un valor  
numérico determinístico. Aunque en la mayoría  
de los casos es imposible calcularlo con  
exactitud, de este valor depende si la chance  
es resarcible o no

23

## ARGENTINA

### Cámara Nacional Apelaciones 21/11/2002

Por ello se utiliza el concepto de "probabilidad suficiente" o frases equivalentes, términos que aluden al umbral de la chance ..., la pregunta es ¿cuán grande debe ser el valor de probabilidad de una hipótesis, para que pueda ser tenida por cierta a los efectos del proceso decisorio? Y ello en tanto un umbral decisorio es un valor de probabilidad por encima del cual es posible inferir que la ocurrencia del hecho debe ser tenida en cuenta; y por debajo del umbral, el hecho es considerado prácticamente imposible e indigno de ser tomado en cuenta

24

## EN CONCLUSIÓN ...

LOS TRIBUNALES DE NUESTRO ENTORNO HAN RECOGIDO LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD SUSTANCIAL O APRECIABLE, LO QUE DETERMINA QUE UN PORCENTAJE BAJO DE PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD (inferior al 30% ó 40%) NO PERMITE AFIRMAR QUE EXISTA RELACIÓN CAUSAL SUFICIENTE

25

## GUERRERO ZAPLANA



ES NECESARIO QUE ESTE CRITERIO DE LA INDEMNIZACIÓN DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDADES SE UTILICE CON ESPECIAL PRUDENCIA PUES, DE NO HACERLO ASÍ, SE PODRÍA PRODUCIR LA INDEMNIZACIÓN DE SUPUESTOS ABSOLUTAMENTE IMPROCEDENTES; EN CUALQUIER CASO UTILIZADO ESTE CRITERIO CON LA REFERIDA PRUDENCIA PUEDE SERVIR PARA ATENDER A ALGUNOS SUPUESTOS EN QUE EL DAÑO EFECTIVO ES DIFÍCIL DE APRECIAR

26

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> JM FERNÁNDEZ HIERRO, Sistema de responsabilidad médica. Comares. Granada, 2000, pág. 232.

<sup>2</sup> F.A. TRIGO REPRESAS. Reparación de los daños por mala praxis médica. Ed. Hammurabi, pág. 241.

<sup>3</sup> R. VÁZQUEZ FERREIRA, La pérdida de una chance como daño indemnizable en la mala praxis médica. Derecho Médico. Ed. BdeF, Montevideo-Buenos Aires, 2001, págs. 536 y ss.

<sup>4</sup> J. GUERRERO ZAPLANA. Las reclamaciones por defectuosa asistencia sanitaria. Ed. Lex Nova, Valladolid, 2004, pág.154.

<sup>5</sup> [www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldjudgmt/jd050127/greg-1.htm](http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldjudgmt/jd050127/greg-1.htm).

<sup>6</sup> <http://www.kscourts.org/kscases/supct/2002/20021101/88371.htm>.

<sup>7</sup> [www.bioetica.org/bioetica/juris4.htm](http://www.bioetica.org/bioetica/juris4.htm).



## **II.2. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA. ESTUDIO JURISPRUDENCIAL**

**Javier Moreno Alemán**

**Abogado Miembro de AEGRIS Profesor colaborador de Políticas Sectoriales, UPCO (ICADE)**

### **1. A modo de introducción**

La doctrina de la pérdida de oportunidad, que en nuestro país tuvo su origen en la responsabilidad profesional de abogados (la pérdida de oportunidad de obtener una resolución judicial favorable por la presentación extemporánea de un recurso), en el ámbito médico se ha venido aplicando a los supuestos de error o de retraso en el diagnóstico, especialmente de neoplasias, o a la asistencia tardía, ya sea en domicilio o en centro sanitario, por los profesionales de los servicios de emergencias y urgencias, respectivamente; asimismo, se ha utilizado esta doctrina en relación con reimplantes de miembros, o el defectuoso seguimiento de determinadas patologías. Asimismo, como veremos, ha habido algún intento —poco afortunado— de aplicación de esta doctrina al diagnóstico prenatal y concepción no deseada.

Tradicionalmente, la doctrina de la pérdida de oportunidad afectaba al quantum indemnizatorio, de modo, que una vez acreditados los elementos que configuran la responsabilidad sanitaria, se hacía uso de dicha doctrina en orden a establecer, a la baja, el importe de la indemnización, en proporción a la oportunidad perdida. Sin embargo, recientemente, como vamos a comprobar a continuación, la doctrina de la pérdida de oportunidad parece que comienza a aplicarse ya no sólo a lo que se refiere al importe indemnizatorio, sino principalmente, para determinar si concurre o no el requisito de la relación de causalidad.

Por último, señalar que la presente recopilación de sentencias ha sido tomada de fuentes propias (el despacho de abogados Asjusa-Letramed, que dirigen Federico de Montalvo Jääskeläinen y Javier Moreno Alemán, tiene encomendada la gestión de 9.500 expedientes de responsabilidad profesional sanitaria, contando ya con unas 1.000 sentencias recaídas en los diversos procesos judiciales que en relación a los citados expedientes se han ido planteando), de bases de datos de jurisprudencia (Aranzadi, El Derecho, Tribunal Supremo) y de publicaciones especializadas en el mundo sanitario (Actualidad del Derecho Sanitario, Diario Médico).

## 2. Aplicación errónea de la doctrina de la pérdida de oportunidad al diagnóstico prenatal y concepción no deseada

En esta cuestión, hay que distinguir, por un lado, los daños derivados de la concepción no deseada de un hijo sano debido al fallo en las medidas anticonceptivas (vasectomía, ligadura de trompas e, incluso, errónea implantación de DIU), o a la deficiente información del médico sobre precauciones y riesgos de recanalización (*wrongful conception*) y, por otro, aquellos supuestos en los que se produce el nacimiento de un hijo con una malformación o enfermedad genética, no causada por la negligencia del médico, pero que no fue detectada intra útero a tiempo de interrumpir la gestación. En estos casos, la omisión por parte del médico de la información relativa a la anomalía impide a la madre elegir entre dar a luz a un hijo con malformaciones o abortar. Si la acción la ejercitan los padres, en nombre propio, se habla de *wrongful birth*, mientras que si quien la ejercita es el hijo (o los padres en su nombre) se habla de *wrongful life*<sup>1</sup>.

En nuestro país, parte de la doctrina y alguna audiencia provincial<sup>2</sup>, entienden que el daño sufrido por la madre consiste en la “pérdida de la oportunidad” de decidir libremente si abortar o no, al no haber sido informada antes de la semana 22 de gestación de las malformaciones del feto, supuesto que se equipara a la doctrina francesa de la “perte d’une chance”, o al “*loss of a chance of recovery*” del Derecho anglosajón, sin olvidar las importantes aportaciones que en esta materia han hecho muchos países iberoamericanos (pérdida de la chance).

Si tenemos en cuenta que para aplicar esta doctrina es imprescindible que la producción del “evento favorable” para la víctima quede fuera de su ámbito de actuación o decisión, es evidente que no procede aplicar la doctrina de la pérdida de oportunidad en los supuestos de *wrongful birth*, porque éstos se basan en una facultad, la de interrumpir el embarazo, cuyo ejercicio depende exclusivamente de la voluntad de la madre, la misma que, como perjudicada, puede reclamar con posterioridad. Tampoco parece que se pueda considerar como elemento ajeno al ámbito de decisión de la víctima el dictamen médico de los dos especialistas que exige el artículo 417.bis.3 CP, porque éstos únicamente se limitan a constatar la existencia de los requisitos legales que permiten la práctica legal de un aborto, siendo, en todo caso, la madre quien decide.

Más dudas plantea, en cambio, la aplicación de esta doctrina en una eventual acción de *wrongful life* ejercitada por el hijo, para quien la decisión de la madre es claramente un suceso ajeno y, desde su punto de vista, aleatoria.

En este punto, es preciso recordar la doctrina consolidada de nuestros Tribunales, en relación con la *wrongful conception*, según la cual, el nacimiento de un hijo no puede tener, en ningún caso, la consideración de daño; en este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 5 de junio de 1998 (RJ 1998/4275) señala que:

*“La vida humana es un bien precioso en cualquier sociedad civilizada, cuyo ordenamiento jurídico la protege ante todo y sobre todo. No puede admitirse que el nacimiento de hijos no previstos sea un mal para los progenitores”*

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000 (Sala Tercera, de lo Contencioso Administrativo):

*“No puede considerarse como daño moral el derivado del nacimiento inesperado de un hijo, pues nada más lejos del daño moral, en el sentido ordinario de las relaciones humanas, que las consecuencias derivadas de la paternidad o maternidad”, sin embargo, sí podría existir un daño moral, si concurriesen los requisitos necesarios, en el caso de que se hubiese lesionado el poder de la persona de autodeterminarse, lo que a su vez podría constituir una lesión de la dignidad de la misma”*

Distinta valoración, en cambio, recibió por parte del Tribunal Supremo (Sala Primera) el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down, en la sentencia de 6 de junio de 1.997 (RJ 1997\4610), en la que se analizaba la demanda interpuesta por no haberse comunicado a la madre el fracaso de amniocentesis hasta dos meses después de haber practicado la misma, cuando había transcurrido ya el plazo legal para interrumpir voluntariamente el embarazo, dando a luz a un hijo con síndrome de Down; el Tribunal Supremo condenó al Servicio Valenciano de Salud y a la doctora sustituta a pagar solidariamente a la demandante 50 millones de pesetas (aprox. 300.000 €) en concepto de daños morales y materiales:

*“Surge en este caso un perjuicio, como es el nacimiento de un ser que padece el S. Down; lo que se hubiera podido evitar dada la disposición de la madre a interrumpir el embarazo dentro de los parámetros normales.”*

En esta misma línea se mueve el Juzgado de Primera Instancia de Figueras que, ante el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down, en el caso analizado por la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de junio de 2002, señala:

*“su vida constituye un dramático acontecer, no sólo para él sino también para sus familiares más próximos que con él han de convivir, en concreto sus padres y sus tres hermanos”*

Sin embargo, esta valoración no tuvo acogida por el Tribunal Supremo en la citada Sentencia de 7 de junio de 2002, que no consideró que el nacimiento del hijo con malformaciones constituyera un daño, quedando la cuestión limitada a valorar si la deficiente información del médico sobre el riesgo de que naciera un niño afecto de síndrome de Down privó a la madre de la opción de interrumpir la gestación, sin que, en ningún caso el citado síndrome de Down sea imputable al médico:

*“El establecer una relación de causalidad directa entre el incumplimiento por el codemandado de su deber de información de la existencia de pruebas médicas por medio de las cuales apreciar el estado del feto, y la privación a aquélla de su facultad de optar por la interrupción del embarazo, no está basada sino en meras conjeturas, pues como declara probado la sentencia de primera instancia, sin que ello se contradiga por la de apelación “la Sra. Romera en ningún momento quiso abortar”; no existe prueba alguna en autos de la que pueda deducirse que, de haber conocido la gestante el estado del feto, hubiera decidido interrumpir su embarazo. No puede afirmarse, por tanto, que exista una relación directa entre la falta de información por el médico y el que la gestante no optase por poner fin al embarazo mediante el aborto. El hecho de que aquélla manifestase al médico su preocupación, dadas sus condiciones personales, no supone que, de haber conocido que el feto presentaba el referido síndrome, necesariamente se hubiera decantado por la interrupción del embarazo. Al no existir, por tanto, una relación de causa a efecto entre la conducta atribuida al médico demandado y el daño producido, procede la estimación del motivo.”*

Por tanto, el Tribunal Supremo, efectúa un juicio de probabilidad respecto a si la madre, de haber conocido la malformación, hubiera o no abortado, considerando que en el caso analizado no queda debidamente acreditada la voluntad de la madre de interrumpir la gestación.

El mismo juicio de probabilidad se lleva a cabo por el Tribunal Supremo en la sentencia de 4 de febrero de 1.999, en la que se analiza la reclamación por el nacimiento de una niña afecta de diversas anomalías congénitas, no detectadas en los estudios ecográficos realizados, correspondientes a un embarazo de bajo riesgo. El Tribunal Supremo, tras considerar que la actuación médica se había adaptado completamente a la *lex artis ad hoc*, declaró en relación con nexo causal que:

*“No se ha demostrado la relación de causa a efecto entre la actuación médica y el hecho del nacimiento de una niña tan tristemente afectada por malformaciones y deformidades. La genética está fuera de las posibilidades de que la doctora evitara el resultado. Además es una simple hipótesis decir que en caso de ser informada la madre gestante, habría tomado la difícil decisión de interrumpir el embarazo. Y en tercer lugar, la doctrina predominante rechaza que el nacimiento en estas circunstancias sea un daño per se, y los que defienden que el daño es la privación del derecho a optar, no hacen más que sostener de modo más o menos indirecto, que el daño es el nacimiento”.*

Idéntico juicio de probabilidad al visto en las dos sentencias anteriores, había efectuado ya el propio Tribunal Supremo en la sentencia de 6 de junio de 1997 (RJ 1997\4610), ya citada, si bien en este caso, consideró acreditada la voluntad de la madre de haber abortado, si hubiera conocido la malformación, por lo que entiende que ha habido acción médica negligente, un perjuicio gravísimo, y una relación causal entre el retraso en la comunicación del fracaso de la amniocentesis y la no interrupción de la gestación por la madre:

*“Puesto que si la misma hubiera sabido con el suficiente tiempo, el fracaso de las pruebas determinantes de la situación del feto dentro del límite de tiempo legal, hubiera actuado en consecuencia y dentro del amparo de la doctrina del Tribunal Constitucional, por lo que se hubiera prestado a la intervención médica de interrupción del embarazo, y si ello no fue así se debió a la actuación negligente de la doctora, que no le comunicó a su tiempo el fracaso de las pruebas”.*

Por último, conviene recordar que es el criterio de la *lex artis* el que va a determinar si existe o no responsabilidad, así la sentencia de la Audiencia Nacional de 5 noviembre de 2003, entiende que no hay responsabilidad, pese al nacimiento de niña con S. Down y haberse denegado la amniocentesis a la madre (35 años), al probarse que el seguimiento del embarazo fue correcto y que conforme al protocolo del Hospital 12 de Octubre de Madrid, la paciente no reunía criterios para la práctica de dicha prueba:

*“Y el parecer de la Inspección y de los Servicios médicos asistenciales ha sido corroborado por el informe pericial incorporado al proceso a instancia de la entidad aseguradora codemandada, al precisar que la edad materna, como factor de riesgo de cromosomopatías, no está definida con certeza, estimándose entre los 35 y los 38 años cumplidos en el momento de la fecha probable de parto, estando establecida en los 36 años en el protocolo del H.U. 12 de Octubre; que en este caso se hicieron los controles ecográficos necesarios y en las fechas en que se debían hacer, no encontrando anomalías ni marcadores ecográficos de cromosomopatías, con el solo hallazgo de*

*pequeñas diferencias entre la edad gestacional por amenorrea y por ecografía, lo que se puede considerar habitual”.*

Todo lo cual le lleva a desestimar la pretensión de la demandante, según la cual la negativa a realizar la amniocentesis le había privado del derecho de autodeterminación a la interrupción legal del embarazo.

### **3. Emergencias sanitarias**

Citaremos, por todas, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 28 de diciembre de 2005, en la que se reclamaba por el fallecimiento de un enfermo que padeció los primeros síntomas en la vía pública, dando aviso al Centro de Salud, situado a corta distancia, hasta que llegó la ambulancia transcurrieron 50 minutos y, cuando finalmente llegaron el médico y un ATS, el paciente había fallecido por un edema agudo de pulmón ocasionado por una insuficiencia cardíaca aguda.

*La Sentencia considera que “a la vista del resultado de la autopsia la causa de la muerte fue un edema agudo de pulmón consecutivo a una insuficiencia cardíaca aguda, de escasísima probabilidad de supervivencia aun con atención médica inmediata, como asevera el informe médico ratificado en periodo probatorio a presencia judicial, en irrepitibles condiciones de inmediación y contradicción, reiterando el perito la imposibilidad de que un cuadro clínico como el sufrido por el fallecido pudiera revertir en un medio no medicalizado como la vía pública, o lo que es igual, que aunque se hubiera producido la asistencia médica inmediata no hubiera podido evitarse el resultado”.*

Con el criterio expuesto, parece acoger el Tribunal Superior de Justicia de Oviedo la tesis de que la pérdida de oportunidad, para que genere responsabilidad, debe ser apreciable, en este caso, las posibilidades eran tan escasas, que no se entiende que concurra nexo de causalidad entre el fallecimiento y el retraso en la asistencia.

### **4. Reimplantes**

Una de las cuestiones que con más frecuencia lleva a la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad es la relativa a los reimplantes de miembros amputados o piezas dentales avulsionadas de manera traumática.

Es conocida la sentencia del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 1998 (El Derecho —1998/25080—), en la que, paradigmáticamente, se aplica la doctrina de la pérdida de oportunidad, sin relacionar la conducta negligente de la enfermera con el fracaso del implante, sino con la pérdida de expectativas:

*“Sin embargo, del relato de hechos probados esta Sala deduce que la actuación de la enfermera demandada D.<sup>a</sup> Nuria no fue todo lo diligente que las circunstancias imponían, porque sabiendo como sabía (confesión judicial) lo importante que era que el miembro amputado no estuviera conservado más que con hielo natural y nunca sintético, al apercibirse del cambio de caja no comprobó este fundamental extremo para que por lo menos no se perdieran las posibilidades de un reimplante eficaz, tanto más cuando aquel cambio lo hizo un tercero sin orden o mandato de ella. Así no podía estar razonablemente segura de que el miembro seguía conservado en hielo natural. Ahora bien,*

*existiendo esa conducta negligente sin malicia desde el punto de vista profesional, lo que a ella no puede imputársele es la responsabilidad por el fracaso del reimplante, porque la prueba pericial ha demostrado que en condiciones normales no es seguro el éxito de la operación, dependiente de una multitud de factores, pronóstico que agrava el perito si la máquina que amputó la mano estaba a alta temperatura. En suma, pues, a la demandada D.<sup>a</sup> Nuria no se le puede imputar más que la pérdida de una oportunidad para efectuar en condiciones una operación de reimplante de la mano, que no se sabe si al final hubiera dado resultado. Dicho de otra manera, se le puede imputar la pérdida de unas expectativas.”*

El Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, en sentencia de 26 de abril de 2004, desestima la reclamación planteada por los padres de una menor que había sufrido una caída fortuita con traumatismo en el labio superior y arrancamiento de un diente incisivo, los cuales se trasladaron con la menor a urgencias del hospital de referencia, con el diente envuelto en gasas, siendo atendidos por el médico de urgencias, que les indicó que acudieran a odontólogo al día siguiente y que tomara analgesia. El diente no pudo ser reimplantado. Señala la Sala que

*“En todo caso no se ha acreditado que los daños sean reales y efectivos sino hipotéticos al no acreditarse si las condiciones en que se conservó el diente eran las adecuadas, además de las circunstancias necesarias de tiempo, por lo que no acreditándose todas las condiciones necesarias para el éxito del implante, no puede tenerse el daño como real y efectivo, sino como hipotético.”*

En definitiva, en estos supuestos, no estando garantizado el éxito del reimplante, las supuestas negligencias cometidas no son la causa del fracaso del reimplante, sino una pérdida de oportunidad en relación al éxito del mismo.

## **5. Defectuoso seguimiento**

Una de las primeras resoluciones en acoger la doctrina de la pérdida de oportunidad en nuestro país fue la sentencia de la Audiencia Nacional de 16 de junio de 1999, que analiza el caso de una abrupcio placentae, en el que la paciente acudió a un servicio de urgencias de un hospital público por molestias propias de su estado de gestación. Tras la exploración, de la que resultó una dinámica de parto irregular y una dilatación de cuello de 1 cm., fue dada de alta, pues su sintomatología, a juicio de los facultativos, no precisaba ingreso hospitalario. Horas más tarde, ante la persistencia de las molestias, la paciente acudió de nuevo al hospital. En ese momento registraba una dilatación de 4 cm., cuello borrado en un 80% y amnioscopia negativa, por lo que fue trasladada a la sala de dilatación donde, tras el parto, el feto nació muerto por accidente compatible con abrupcio placentae.

Entiende la Sala que un seguimiento más cercano de la paciente desde el ingreso (23.50 horas) hasta justo antes del parto (1.00) —no se le auscultó con estetoscopio o por ultrasonidos, ni se le hizo palpación alguna—, incluso un diagnóstico correcto, no garantizaban la vida del feto, pero es evidente que hubiera situado al feto ante la posibilidad de nacer con vida, al menos en el % probable manejado por las estadísticas para estos casos (mortalidad del 50 %).

En idéntico sentido se manifiesta la Audiencia Nacional en relación con la asistencia prestada en relación con un accidente de tráfico, a consecuencia del cual el paciente ingresó en el servicio de urgencias aquejado de diversas contusiones, siendo dado de alta después de la exploración médica con tratamiento analgésico, reposo y posterior control por el servicio de traumatología, señalando que:

*“Pudiera ser que el ingreso en observación no hubiese evitado el fatal desenlace, pero lo que sí resulta evidente es que en las dos primeras ocasiones en que el enfermo acudió al servicio de urgencias fue pronosticado leve, cuando lo cierto es que sus dolencias no lo eran, máxime teniendo en cuenta que el cuadro de policonusión que presentaba devino fatal en tiempo relativamente breve”.*

Por último, nos referiremos a la sentencia de la Audiencia Nacional de 2 de octubre de 2.002, en relación al fallecimiento de un paciente a consecuencia de una pancreatitis post-quirúrgica, que afirma que:

*“El diagnóstico de pancreatitis aguda debería haber llevado al ingreso del paciente en UCI (a la que fue llevado 24 h. después) o en planta de aparato digestivo, no en la de urología en la que permaneció.”*

El perito aclaró que *“un urólogo no sabe cómo tratar una pancreatitis y que esa noche el paciente sufrió un empeoramiento importante”*, lo que perjudicó o disminuyó las posibilidades de supervivencia del paciente.

En este tipo de reclamaciones, entendemos que, más allá de que un paciente haya sido o no ingresado en un determinado servicio —en este caso UCI o planta de aparato digestivo—, debe analizarse si ese no ingreso privó al paciente de tratamientos que hubieran podido evitar el resultado dañoso, en este caso el fallecimiento.

## **6. Retraso diagnóstico**

Otro de los campos de la asistencia sanitaria donde la doctrina de la pérdida de oportunidad ha encontrado mayor acogida es el retraso diagnóstico, en general, y de tumores, en particular, sirviendo la apreciación de dicha doctrina para disminuir el importe de la indemnización en proporción a la oportunidad perdida.

Es conocido el criterio fijado reiteradamente por la Audiencia Nacional en la materia, así citaremos, por todas, la sentencia en la que, en relación retraso diagnóstico de un Ca. Mama, afirma la Sala que:

*“Valorando el grado de la enfermedad y desarrollo del cá. de mama que padecía la paciente, la valoración de la pérdida es distinta a la valoración del daño de haber sido cierto, es decir, las posibilidades de supervivencia podrían haber sido de un 50% a los cinco años. Por este motivo, en el supuesto de que esta Sala estime que hay responsabilidad, atendiendo al principio de la pérdida de oportunidad, la indemnización deberá ser, al menos, reducida en un 50% de la cuantía solicitada.”*

Con el mismo resultado de rebaja en la pretensión indemnizatoria, la sentencia de la Audiencia Nacional de 5 de noviembre de 2003, resuelve la demanda por el retraso diagnóstico de un Ca. Pulmón, señalando:

*“Así pues, se ha producido un mal funcionamiento, causa de los perjuicios irrogados al paciente y familiares, si bien éstos son limitados: el retraso en el comienzo del tto. paliativo (1 mes), la angustia y sufrimiento adicional ocasionado al paciente y su familia, impedir una mejor atención al paciente y, por último, una posibilidad muy remota de prolongar la supervivencia. La curación era ya inalcanzable y la supervivencia apenas podría haberse prolongado. (rebaja condena de 520.000 a 30.000 €)”.*

Este criterio se viene aplicando de forma generalizada también en tribunales menores, así citaremos, a título de ejemplo, la sentencia del Juzgado de lo Contenciosos 5 de Oviedo de 19 de abril de 2005, en relación al retraso diagnóstico de Ca. Próstata + metástasis óseas, en la que establece:

*“Puede que este paciente hubiera fallecido también con un diagnóstico más precoz, pero puede que no. Además, no es menos cierto que su calidad de vida durante ese tiempo (2 meses) hubiere sido mucho mejor si se hubiera instaurado una terapia en tiempo y forma adecuados, por lo que se minoraron las posibilidades de una terapia más efectiva que pudiera haber alargado su vida o cuanto menos mejorar su calidad. El retraso en el comienzo del tratamiento (2 meses), la angustia y el sufrimiento adicional ocasionado al paciente y su familia imposibilitando una mejor atención al paciente, y, por último, aunque fuera remota, de prolongar la supervivencia, han de ser indemnizados con 6000 €.”*

En consecuencia, la aplicación más frecuente de la doctrina de la pérdida de oportunidad en el ámbito médico, se ha utilizado por nuestros Tribunales para aminorar la cuantía reclamada, pero, como vamos a ver a continuación, parece que la aplicación de esta doctrina empieza a extenderse al análisis del requisito del nexo de causalidad, aproximándose nuestros Tribunales a los criterios fijados en Tribunales extranjeros, principalmente anglosajones.

## **7. Últimas tendencias**

Es de destacar, en este punto, el criterio restrictivo en la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad que lleva a cabo el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía en su sentencia de 10 de septiembre de 2.004, en relación a un diagnóstico de erróneo cólico nefrítico en vez de las metástasis que realmente presentaba el paciente.

*“Sobre todo debe tomarse en consideración que el breve lapso de tiempo que medió entre la aparición de los primeros síntomas, cuando acudió por primera vez a urgencias, y el fatal desenlace (2 meses) nos inclina a pensar que una temprana determinación de la enfermedad no hubiese podido evitar su evolución ni mejorar sus posibilidades de vida.*

*Resulta evidente que poco se hubiese podido hacer por su vida de haberse descubierto con anterioridad. La pérdida de oportunidad ha de referirse a una expectativa más o menos cierta sobre la relevante incidencia de ese oportuno diagnóstico (metástasis en vez de cólico nefrítico) en cuanto a la calidad de vida o supervivencia del paciente.*

*Dado el grado de metástasis en el que se encontraba el paciente al ser diagnosticado, ningún indicio existe de una mejora en la calidad de vida o curación de haberse realizado el diagnóstico certero con anterioridad”.*

Parece, pues, que puede haber comenzado aplicarse en nuestro país la doctrina según la cual, para que la pérdida de oportunidad genere responsabilidad, la misma debe ser apreciable, lo que el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía denomina “expectativa relevante”.

## **8. La pérdida de oportunidad no genera responsabilidad penal**

Es preciso destacar que el criterio de la jurisdicción penal es claro en el sentido de excluir cualquier tipo de responsabilidad penal en los casos en que las negligencias médicas supongan una mera pérdida de oportunidad, no habiendo, por tanto, certeza de que una actuación diferente de médico enjuiciado hubiera cambiado el resultado lesivo.

Así, en un supuesto de error de diagnóstico de infarto agudo de miocardio, el Juzgado de lo Penal número 6 de Valencia, en sentencia de 7 de julio de 2.000, al analizar la actuación de un médico clasificador de un servicio de urgencias, que atendió a un paciente con fuerte dolor en el torso, rostro pálido y mal aspecto general, al que el auxiliar de admisiones había derivado sin ni siquiera cumplimentar los trámites administrativo. Tras el examen, el facultativo comunicó la existencia de un dolor abdominal más dolor torácico, y ante la falta de una clínica que sugiriera urgencia vital, lo remitió a la sala de espera, donde el paciente falleció media hora después por un infarto agudo de miocardio, tras sufrir un desvanecimiento. Señala la citada sentencia que:

*“Pese a la falta de diligencia del médico clasificador, nadie ha sido capaz de establecer que una actuación médica distinta por parte del acusado hubiera determinado un desenlace distinto al que se produjo (muerte 30 min. después en la sala de espera), sino que por el contrario era perfectamente posible que el resultado hubiera sido el mismo. Por tanto los hechos resultan atípicos y quedan fuera del ámbito penal.”*

En el mismo sentido se manifiesta la Sentencia del Juzgado de lo Penal 1 de Palencia de 21 de febrero de 2003 y, posteriormente, la Audiencia Provincial de Palencia, en sentencia de 9 de julio de 2003, en las que se analiza el error diagnóstico de un infarto agudo de miocardio, con resultado de muerte, de un paciente que había acudido en dos ocasiones a su Centro de Salud, siendo diagnosticado de cervicartrosis, mialgias y artralgiyas, falleciendo tres días después a causa de un infarto agudo de miocardio, con rotura y taponamiento cardíacos, tratándose de un infarto evolucionado de más de 8-24 horas y con probabilidad entre 48-72 horas de evolución.

Pese a ello, entiende la sentencia citada que:

*“Resulta muy posible que la evolución del paciente hubiera sido la misma, aún cuando se hubiera diagnosticado un IAM en la primera ocasión que consulta con el acusado, estimándose el diagnóstico de cuadro isquémico cardíaco en tal momento, no hubiera evitado que se produjera la muerte por rotura cardíaca, cual se trata de complicación imprevista y no susceptible de tratamiento siquiera con atención en unidad coronaria.”*

Como en el caso anterior, no hay certeza de que una actuación distinta por parte de los médicos hubiera evitado el resultado, pues la gravedad del infarto hacía prácticamente imposible la supervivencia del fallecido, incluso si el mismo hubiera sido atendido desde un primer momento en una unidad coronaria especializada.

## 9. Conclusión


La doctrina de la pérdida de oportunidad se viene usando en nuestro país en responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria y en responsabilidad civil, siempre que haya mala praxis, para aminorar las cuantías reclamadas, actuando como concausa del daño (moral).

Ahora bien, recientemente, parece que empieza a aplicarse la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad apreciable, procedente del derecho anglosajón, según la cual, para que la pérdida de oportunidad genere responsabilidad en el ámbito médico es preciso que esa limitación de posibilidades de curación o mejoría sea apreciable. En este sentido el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía habla de “expectativa relevante”.

A continuación se incluye la presentación iconográfica del ponente.

**LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA: estudio jurisprudencial**

Javier Moreno Alemán  
MADRID, 12 de mayo de 2005



**EN EL ÁMBITO SANITARIO**

- DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA (VASECTOMÍA, LT) **Planteamiento erróneo**
- EMERGENCIAS
- REIMPLANTES
- DEFECTUOSO SEGUIMIENTO
- RETRASO/ERROR DIAGNÓSTICO

**DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA**

- WRONGFUL BIRTH: Reclaman los padres del hijo no querido contra el médico (estimadas)
- WRONGFUL LIFE: Reclama más adelante el hijo que manifiesta haber nacido a causa de una actuación médica inadecuada y que no desea vivir en las condiciones limitadas de su existencia (desestimadas)

**DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA**

1) STS 3.OCT. 00 (SALA TERCERA)

“no puede considerarse como daño moral el derivado del nacimiento inesperado de un hijo, pues nada más lejos del daño moral, en el sentido ordinario de las relaciones humanas, que las consecuencias derivadas de la paternidad o maternidad”.

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA

1) STS 3.OCT. 00 (SALA TERCERA)

“sin embargo, sí podría existir un daño moral, si concudiesen los requisitos necesarios, en el caso de que se hubiese lesionado el poder de la persona de autodeterminarse, lo que a su vez podría constituir una lesión de la dignidad de la misma”

4

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA

2) STS 6. JUN. 01 (SALA TERCERA)

Se aprecia un funcionamiento anormal de los correspondientes servicios sanitarios, porque efectuada la prueba del triple screening y habiendo resultado ésta positiva, no se informó de dicho extremo a la paciente.

5

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA

El daño es moral (situación análoga a la omisión del Ci). Ahora bien, la cuantía del resarcimiento debe ser acorde con lo dañado y el daño se identifica en la valoración autónoma de la lesión de la facultad de autodeterminación (que no pudo ejercer al verse privada de la debida información) y no en el hecho del nacimiento del hijo, pues su existencia no es un daño (tal y como declaró STS, Sala 1.ª, 5. jun.98), ni en sus consecuencias patrimoniales.

6

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA

3) SAN 5.NOV.03 (PROPIA)

Entiende que no hay responsabilidad, pese al nacimiento de niña con S. Down y haberse denegado la amniocentesis a la madre (35 años), al probarse que el seguimiento del embarazo fue correcto y que conforme al protocolo del H. 12 O. La paciente no reunía criterios para la práctica de dicha prueba.

7

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA

4) STS 6.JUN.97 (SALA PRIMERA)

Surge en este caso un perjuicio, como es el nacimiento de un ser que padece el S. Down; lo que se hubiera podido evitar dada la disposición de la madre a interrumpir el embarazo dentro de los parámetros normales. Si la misma hubiera sabido con el tiempo suficiente el fracaso de la amniocentesis hubiera actuado en consecuencia interrumpiendo el embarazo ...

8

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA

4) STS 6.JUN.97 (SALA PRIMERA)

... y si ello no fue así fue debido a la actuación negligente de la dra., que no le comunicó a su tiempo el fracaso de la prueba, lo que se hubiera podido remediar con la repetición de la misma u otras similares, pues aún había plazo para aborto legal.

9

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONCEPCIÓN NO DESEADA

### 4) STS 6.JUN.97 (SALA PRIMERA)

Ahora bien, el daño no es patrimonial y para su valoración hay que tener en cuenta el impacto psíquico de crear un ser discapacitado que previsiblemente nunca podrá valerse por sí mismo y que pueden llegar a alcanzar edades medianas; lo que precisa a la vez una atención fija permanente y por lo común asalariada

Condena 50 M a dra. y SERVASA

10

## EMERGENCIAS SANITARIAS

### 5) SJCA 2 OVIEDO 18.01.05 (PROPIA) Retraso ambulancia

“Aunque se hubiera producido la asistencia médica inmediata, la causa de la muerte es el edema agudo de pulmón consecutivo a una insuficiencia cardiaca aguda, que es imposible de revertir en un medio no medicalizado como es la vía pública”

11

## REIMPLANTES

### 6) STS 10/10/1998

A la demandada (al no haberse ajustado su actuación a la lex artis), no se le puede más que imputar la pérdida de una oportunidad para efectuar en condiciones una operación de reimplante de la mano, que no se sabe si al final hubiera dado resultado, pero tomando en consideración que no se ha acreditado si dicha curación completa era posible ni de qué factores dependía

12

## REIMPLANTES

### 7) STSJ LA RIOJA 26. ABR. 04 (PROPIA) avulsión dental

En todo caso no se ha acreditado que los daños sean reales y efectivos sino hipotéticos al no acreditarse si las condiciones en que se conservó el diente eran las adecuadas, además de las circunstancias necesarias de tiempo, por lo que no acreditándose todas las condiciones necesarias para el éxito del implante, no puede tenerse el daño como real y efectivo, sino como hipotético.

13

## DEFECTUOSO SEGUIMIENTO

### 8) SAN 16.JUN.99 (Abruptio placentae)

Un seguimiento más cercano de la paciente desde el ingreso (23.50) hasta justo antes del parto (1.00) –no se le auscultó con estetoscopio o por ultrasonidos, ni se le hizo palpación alguna-, incluso un diagnóstico correcto, no garantizaban la vida del feto, pero es evidente que hubiera situado al feto ante la posibilidad de nacer con vida, al menos en el % probable manejado por las estadísticas para estos casos (mortalidad del 50 %)

14

## DEFECTUOSO SEGUIMIENTO

### 9) SAN 1999 (Urgencias tras tráfico)

“pudiera ser que el ingreso en observación no hubiese evitado el fatal desenlace, pero lo que si resulta evidente es que en las dos primeras ocasiones en que el enfermo acudió al servicio de urgencias fue pronosticado leve, cuando lo cierto es que sus dolencias no lo eran, máxime teniendo en cuenta que el cuadro de policontusión que presentaba devino fatal en tiempo relativamente breve”

15

## DEFECTUOSO SEGUIMIENTO

### 10) SAN 2. OCT. 02 (Pancreatitis post-quirúrgica)

"el diagnóstico de pancreatitis aguda debería haber llevado al ingreso del paciente en UCI (a la que fue llevado 24 h. después) o en planta de aparato digestivo, no en la de urología en la que permaneció."

El perito aclaró que un urólogo no sabe cómo tratar una pancreatitis y que esa noche el paciente sufrió un empeoramiento importante, lo que perjudicó o disminuyó las posibilidades de supervivencia del paciente

16

## DEFECTUOSO SEGUIMIENTO

### 11) SENTENCIA AUDIENCIA NACIONAL Ca. Mama

valorando el grado de la enfermedad y desarrollo del cá. de mama que padecía la paciente, la valoración de la pérdida es distinta a la valoración del daño de haber sido cierto, es decir, las posibilidades de supervivencia podrían haber sido de un 50% a los cinco años. Por este motivo, en el supuesto de que esta Sala estime que hay responsabilidad, atendiendo al principio de la pérdida de oportunidad, la indemnización deberá ser, al menos, reducida en un 50% de la cuantía solicitada

17

## RETRASO DIAGNÓSTICO

### 12) SAN 5. NOV. 03 (PROPIA) Ca. Pulmón

Así pues, se ha producido un mal funcionamiento, causa de los perjuicios irrogados al paciente y familiares, si bien éstos son limitados: el retraso en el comienzo del tto. paliativo (1 mes), la angustia y sufrimiento adicional ocasionado al paciente y su familia, impedir una mejor atención al paciente y, por último, una posibilidad muy remota de prolongar la supervivencia. La curación era ya inalcanzable y la supervivencia apenas podría haberse prolongado. (rebaja condena de 520.000 a 30.000 €)

18

## RETRASO DIAGNÓSTICO

### 13) SJCA 5 OVIEDO (PROPIA) Ca. Próstata +metástasis óseas

Puede que este paciente hubiera fallecido también con un diagnóstico más precoz, pero puede que no. Además, no es menos cierto que que su calidad de vida durante ese tiempo (2 meses) hubiere sido mucho mejor si se hubiera instaurado una terapia en tiempo y forma adecuados, por lo que se minoraron las posibilidades de una terapia más efectiva que pudiera haber alargado su vida o cuanto menos mejorar su calidad

19

## RETRASO DIAGNÓSTICO

### SJCA 5 OVIEDO (PROPIA) Ca. Próstata +metástasis óseas

El retraso en el comienzo del tratamiento (2 meses), la angustia y el sufrimiento adicional ocasionado al paciente y su familia imposibilitando una mejor atención al paciente, y, por último, aunque fuera remota, de prolongar la supervivencia, han de ser indemnizados con 6000 €

20

## ÚLTIMAS TENDENCIAS

### 14) STSJ ANDALUCÍA 10. SEP. 04 Metástasis –C. nefrítico-

"Sobre todo debe tomarse en consideración que el breve lapso de tiempo que medió entre la aparición de los primeros síntomas, cuando acudió por primera vez a urgencias, y el fatal desenlace (2 meses) nos inclina a pensar que una temprana determinación de la enfermedad no hubiese podido evitar su evolución ni mejorar sus posibilidades de vida. Resulta evidente que poco se hubiese podido hacer por su vida de haberse descubierto con anterioridad"

21

## ULTIMAS TENDENCIAS

14) STSJ ANDALUCÍA 10. SEP. 04

“La pérdida de oportunidad ha de referirse a una expectativa más o menos cierta sobre la relevante incidencia de ese oportuno diagnóstico (metástasis en vez de cólico nefrítico) en cuanto a la calidad de vida o supervivencia del paciente”  
“dado el grado de metástasis en el que se encontraba el paciente al ser diagnosticado, ningún indicio existe de una mejora en la calidad de vida o curación de haberse realizado el diagnóstico certero con anterioridad”

22

## PARA TERMINAR ...

### NO GENERA RESPONSABILIDAD PENAL

15) SJP VALENCIA 7. JUL 00 (IAM)  
Pese a la falta de diligencia del médico clasificador, nadie ha sido capaz de establecer que una actuación médica distinta por parte del acusado hubiera determinado un desenlace distinto al que se produjo (muerte 30 min. después en la sala de espera), sino que por el contrario era perfectamente posible que el resultado hubiera sido el mismo. Por tanto los hechos resultan atípicos y quedan fuera del ámbito penal.

23

## PARA TERMINAR ... NO GENERA RESPONSABILIDAD PENAL

16) SJP PALENCIA 21.02.03 AP9. JUL.03 (PROPIAS)  
Resulta muy posible que la evolución del paciente hubiera sido la misma, aún cuando se hubiera diagnosticado un IAM en la primera ocasión que consulta con el acusado, estimándose el diagnóstico de cuadro isquémico cardiaco en tal momento, no hubiera evitado que se produjera la muerte por rotura cardiaca, cual se trata de complicación imprevista y no susceptible de tratamiento siquiera con atención en unidad coronaria.

24

## CONCLUSIÓN

LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD SE VIENE USANDO EN R. PATRIMONIAL Y RC PARA (SIEMPRE QUE HAYA MALA PRAXIS) MINORAR LAS CUANTÍAS ACTUANDO COMO CONCAUSA DEL DAÑO, SI BIEN SE OBSERVA UNA TENDENCIA RESTRICTIVA, CUANDO LA PROPABILIDAD ESTADÍSTICA ES INAPRECIABLE

25

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> R. de Ángel Yagüez, *La segunda sentencia dictada por la Sala Primera del Tribunal Supremo en un caso de wrongful birth (4 de Febrero de 1999) ¿Está en contradicción con lo resuelto en la sentencia de 6 de junio de 1997 sobre el mismo problema?* Rev. Der. Gen. H. 10/1999, 117-155, pp. 119-120; M. Martín Casals/Josép Solé Feliu, *Responsabilidad civil por anticoncepción fallida (“wrongful conception”)*, La Ley, núm. 5249, de 16.02.2001, p. 1-6) y *Comentarios a la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de junio de 2002*.

<sup>2</sup> Gema Díez-Picazo, *La imposibilidad de abortar*, Sentencia de la Audiencia Provincial de León de 15 de septiembre de 1998 (AC 1998/1504).

## CAPÍTULO III

# CONSIDERACIONES MÉDICAS SOBRE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD: CUÁNDO MÉDICAMENTE SE PUEDE CONSIDERAR LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

### 1. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CÁNCER DE MAMA

RICARDO PARDO GARCÍA  
Cirujano. Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos.  
Complejo Hospitalario de Ciudad Real

### 2. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CÁNCER DE OVARIO: DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

ANTONIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia.  
Hospital Universitario "La Paz". Madrid

### 3. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

VICENTE DÍAZ-HELLÍN GUDE  
Médico Adjunto. Servicio de Cirugía de Tórax.  
Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid

### 4. NEOPLASIA PANCREÁTICA. CÁNCER DE PANCREAS Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

ÁNGEL DE LA CALLE SANTIUSTE  
Jefe de Sección. Servicio de Cirugía General.  
Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid

### 5. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD DESDE LA GESTIÓN

JUAN CARLOS BUREO DACAL  
Médico Internista. Servicio Extremeño de Salud



### III.1. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CÁNCER DE MAMA

Ricardo Pardo García

Cirujano. Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos.  
Complejo Hospitalario de Ciudad Real

#### Nota del editor

Los expertos jurídicos expusieron con brillantez el concepto relativamente novedoso de la pérdida de oportunidad, que puede darse en muy diferentes circunstancias, a veces por retraso diagnóstico o terapéutico, a veces por errores en la valoración de los pacientes, a veces por problemas intrínsecos a la organización administrativa e incluso puede deberse a las políticas sanitarias adoptadas. No siempre es fácil diferenciar lo que es una pérdida de oportunidad en determinados tipos de procesos, cuyo pronóstico suele ser infausto.

Los progresos realizados en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama hacen que hoy en día este tipo de neoplasia se considere técnicamente curable desde el punto de vista que se emplea en medicina y sobre todo en oncología. Por ello, el retraso diagnóstico en esta patología se considera que puede producir una pérdida de oportunidad clara, tanto para la calidad de vida de la paciente como para la supervivencia.

El editor ha rogado al ponente que realizara una revisión de un estudio muy interesante llevado a cabo en fechas anteriores a la Jornada y que complementaba de manera importante su disertación en la misma. Ha accedido, por lo que incorporamos a la publicación un resumen del mismo, por su gran interés y porque sin duda ayudará a comprender mejor la iconografía que el autor nos presentó el 12 de mayo de 2005.

**RESUMEN DEL ESTUDIO.** El retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama está asociado con un empeoramiento del pronóstico y supervivencia de las pacientes afectadas por la enfermedad<sup>1</sup>. El cáncer de mama es el responsable del 32 % de los cánceres del sexo femenino<sup>2</sup> y es considerado como la enfermedad más común entre las mujeres<sup>3</sup>. La incidencia del cáncer de mama en España es de 45/100.000 mujeres cifra que puede ser considerada como intermedia entre los países occidentales que pueden llegar a superar la tasa de 60/100.000 mujeres<sup>4</sup>. Las tasas de mortalidad por cáncer de mama han descendido en la última década un 21.3 % siendo el **diagnóstico temprano, los programas de detección precoz y los avances en los tratamientos** los mayores responsables del descenso<sup>5</sup>.

Sin embargo España permanece junto al Reino Unido en el grupo con menor supervivencia a los 5 años (55%-64%) cuando es comparado con países como Finlandia<sup>6</sup> o Dinamarca (70%)<sup>7</sup>.

Todas las pacientes con cáncer de mama deberían tener acceso a una atención sanitaria de alta calidad uniforme en todo el desarrollo del proceso<sup>8</sup>. Experiencias internacionales<sup>9</sup> demuestran que los estándares altos de calidad son alcanzados cuando la atención de las pacientes con cáncer de mama es llevada a cabo por equipos multidisciplinarios, expertos en patología mamaria, lo que tendrá una gran influencia a la hora de detectar y tratar la enfermedad<sup>10</sup>. Las Unidades de Mama con personal especializado son reconocidas como centros con múltiples ventajas en el tratamiento de la patología mamaria<sup>11</sup> y se ha demostrado que las “Unidades de rápida resolución”, que ofrecen la capacidad de dar los resultados completos el mismo día de la primera visita, son capaces de reducir los retrasos diagnósticos<sup>12,13</sup> y la morbilidad psicológica asociada al proceso diagnóstico<sup>13</sup>. Sin embargo el coste adicional que estas Unidades tienen (cerca de los 60 € por paciente estudiada en la Unidad) al compararlos con una Unidad de Mama normal puede no justificarse simplemente con la reducción de la ansiedad a corto plazo de la paciente sometida al proceso diagnóstico y que en la mayoría de los casos no tendrá un cáncer de mama<sup>14</sup>. El desarrollo de los Programas de Detección Precoz en las distintas Comunidades Autónomas españolas ha sido en la mayoría de los casos el impulsor de este tipo de Unidades a lo largo del país<sup>15</sup>.

No es fácil determinar con exactitud la cantidad de retraso necesario para ocasionar un daño irreversible a la paciente en términos de disminución de supervivencia. Un incremento en el tiempo transcurrido hasta llegar a un diagnóstico será esencial porque existe evidencia de que la agresividad del tumor y su propensión a metastatizar aumentan con el tiempo<sup>16</sup>. El crecimiento del tamaño del tumor está asociado con un peor pronóstico ya que si la supervivencia a 10 años de las pacientes con cáncer de mama no palpable o menor de 10 mm. es superior al 85% esta supervivencia disminuye entre un 15% a un 40% en el caso de tumores palpables<sup>17,18</sup>. Uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de metástasis es el aumento del tamaño del tumor y se ha considerado que un período de 2 meses y medio puede ser suficiente para que un tumor pase de un T1 (< 2 cm.) a un T2 (2-5 cm.)<sup>19</sup>. Otros estudios han mostrado que el tamaño no es importante ya que el único factor predictivo importante es la afectación de los ganglios axilares<sup>20</sup> y basándose en la cinética del tumor, que es el tiempo que tarda una célula maligna en convertirse en un tumor palpable, algunos trabajos han revelado que la mayoría de los tumores llevan años de crecimiento hasta que son detectados por lo cual el término “detección precoz” es de difícil aplicación<sup>21</sup>.

En 1999, Richards<sup>1</sup> publicó una revisión sistemática de 87 trabajos que evaluaban 102.000 pacientes y concluyó que los pacientes con un retraso total de entre 3-6 meses tenían una supervivencia significativamente menor que aquellos con un retraso menor de seis meses, algo que ya había sido publicado por otros autores con anterioridad<sup>22</sup>. Sin embargo no existe un acuerdo definitivo al respecto y otros estudios no han conseguido demostrar una relación significativa entre la supervivencia y el intervalo anterior al diagnóstico definitivo<sup>23</sup>.

El plan para el cáncer de mama en Inglaterra (NHS Cáncer Plan)<sup>24</sup> estableció que ningún paciente debe esperar más de un mes desde el momento en el que es remitido de forma urgente por el médico de cabecera con la sospecha de un cáncer de mama hasta que es evaluado en la Unidad de Mama de referencia y que el período máximo desde que el paciente es remitido por el médico de cabecera hasta que se inicia el tratamiento en ningún caso debería de superar los dos meses a lo largo del año 2002. Este establecimiento de períodos de tiempo estrictos ha sido criticado dado que el esfuerzo para reducirlos puede realizarse a costa del detrimento de la calidad y dismi-

nución de los medios disponibles de otros servicios<sup>23,25</sup>. No existen guías, estándares ni indicaciones respecto a los tiempos para el diagnóstico publicados por la Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad Autónoma<sup>15</sup>.

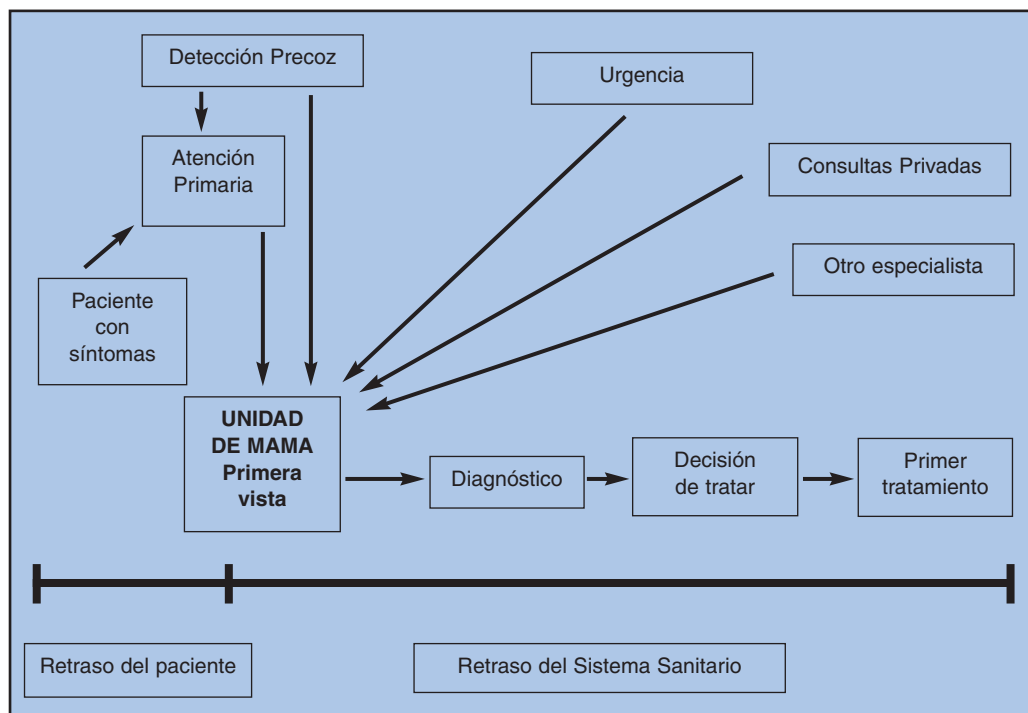
El proceso diagnóstico por sospecha de cáncer de mama es una experiencia traumática para la mayoría de las mujeres y una de las normas básicas de actuación en estas pacientes es que hay que descartar la presencia del cáncer en las mujeres que no lo tienen lo antes posible y que en los casos de cáncer estos deben de ser diagnosticados con la máxima celeridad y sin retrasos<sup>26</sup>.

En los Programas de Detección Precoz de cáncer de mama existe clara evidencia de que cuando los resultados indican la necesidad de rellamar a la paciente para completar el estudio se producen unos altos niveles de ansiedad en la persona afectada que pueden durar a lo largo de meses<sup>27,28</sup>. Intentar completar el estudio lo antes posible reducirá el tiempo que la mujer vive con miedo y sus niveles de ansiedad.

En la figura 1 reflejamos el circuito que tienen que realizar las pacientes con patología mamaria, y la diferenciación de los responsables de los posibles retrasos.

Cuando una paciente se detecta un nódulo en la mama en el 95% de los casos acudir a su médico de Atención Primaria. La llegada a la Unidad de Mama puede realizarse a través de diferentes vías del sistema sanitario, como podemos ver:

**Figura 1. Circuito de las pacientes con patología mamaria**



Existen dos causas principales para el retraso en el diagnóstico<sup>29,30</sup>:

**1. Retraso causado por el paciente.** Tiempo transcurrido entre el momento en el que la paciente se palpa un nódulo o percibe algún tipo de sintomatología y acude al médico<sup>1</sup>.

**2. Retraso originado por el Sistema Sanitario.** Tiempo transcurrido entre el momento en el que la paciente acude al médico y el momento en el que se llega a un diagnóstico<sup>1</sup>. Este retraso a su vez puede estar originado por varias partes del Sistema Sanitario:

- a) Retraso por mal funcionamiento de la Organización
- b) Retraso del Programa de Detección Precoz
- c) Retraso del Médico de Atención Primaria
- d) Retraso del especialista
- e) Retraso en llegar a un diagnóstico
  1. Retraso del Radiólogo
  2. Retraso del Patólogo
  3. Retraso del especialista quirúrgico (cirujano general o ginecólogo)

**1. Retraso causado por el paciente.** Se estima que entre el 20% y el 30% de las mujeres esperan por lo menos tres meses antes de acudir al médico tras percibir síntomas como dolor, picor, molestias o palparse un nódulo en la mama<sup>1</sup>.

Los estudios publicados en nuestro país muestran que en los retrasos diagnósticos de cáncer de mama la responsabilidad de la paciente es crucial y más importante que en otros tipos de cáncer, vejiga o laringe, en los que la responsabilidad recae sobre todo en el Sistema Sanitario<sup>31</sup>.

Hay muchos factores que pueden explicar el porqué las mujeres con sintomatología mamaria tardan en acudir en busca de ayuda médica y con el fin de identificar estos factores se han realizado estudios cualitativos<sup>32,33</sup> y cuantitativos<sup>34</sup>.

Algunas de las causas descritas que motivan esos retrasos son:

- **Edad.** Aunque la opinión no es unánime.<sup>35,36-38</sup>
- **Factores socioeconómicos.** Tampoco la opinión es unánime, sobre todo si se tienen en cuenta factores ligados a los países.<sup>39, 35,36,40</sup>
- **Factores geográficos:** medio urbano o rural<sup>41</sup>.
- **Otras causas.** Pueden ser muy variadas. Aprensión a la comunicación<sup>42</sup>, bajo nivel de información de las pacientes<sup>43</sup> y las alteraciones en la percepción<sup>30</sup>, grado de utilización de los servicios públicos<sup>44</sup>, la **negación** de la enfermedad por parte de la paciente<sup>45,46,47</sup>, las personalidades hipocondríacas y con fobia a las enfermedades<sup>48</sup>. Considerar el cáncer como una palabra tabú sigue siendo una realidad en muchos lugares de nuestro país donde sólo el 71% de la población desearía que se le comunicara que tiene cáncer y sólo el 19% desearía que en caso de que un familiar suyo tuviese cáncer se le dijera el diagnóstico al afectado<sup>49</sup>.

## **2. Retraso originado por el sistema sanitario**

### **a) Retraso por mala organización del sistema**

En estudios previos entre el 6% y 16% de las pacientes con cáncer de mama sufren retrasos causados por una mala organización del Sistema Sanitario<sup>38; 50-52</sup> y la inciden-

cia anual de este tipo de retrasos no ha cambiado en los últimos 10 años<sup>53</sup>. Sin embargo el número de pacientes que sufren retrasos por el Sistema es menor que aquellos en los que la paciente es la responsable del mismo<sup>23</sup>.

Además de en la paciente el retraso en el diagnóstico puede tener un impacto importante en el personal médico que atiende a la paciente y en el Sistema Sanitario en el que trabajan. El retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama es la causa más común de demandas por negligencia médica<sup>37;54</sup>. Una demanda por mala praxis secundaria a un retraso diagnóstico ocurre cuando la paciente descubre o tiene razones suficientes para sospechar que su diagnóstico ha sufrido un retraso inaceptable como consecuencia de la conducta inadecuada de las personas a su cargo desde el punto de vista médico<sup>55</sup>. Algunas veces la demanda se produce porque la paciente tiene unas expectativas no realistas respecto a la efectividad de las técnicas diagnósticas para el cáncer de mama<sup>56</sup> y también es corriente en más del 50% de los casos que a lo largo del proceso legal se implique a más de un especialista<sup>57</sup>.

Sin embargo y basándose en el análisis de las demandas por negligencia en casos de retraso diagnóstico de cáncer de mama realizado por la Physician Insurers Association of America entre los años 1985 y 1990<sup>54</sup>, solo un 0.6% de los casos de cáncer de mama originarán una demanda, presentando todos ellos dos factores en común: (a) edad joven de la paciente y (b) la mortalidad aumentada del caso en relación a pacientes con edad similar

Cuando los casos llegan a los tribunales los jurados consideran los seis meses como la cifra a partir de la cual se puede considerar como retraso con negligencia. Por debajo de esa plaza, la cantidad del retraso o la supervivencia de la paciente suele ser irrelevante para la sentencia final de los jurados<sup>58</sup>. Otros jurados consideran que la pérdida de un 2% de la supervivencia es suficiente para considerar un retraso como negligente<sup>58</sup>.

En España, un estudio realizado por nuestro Departamento de Cirugía reveló que el 6% de las reclamaciones contra los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo del territorio INSALUD entre los años 1995-1999 estaban relacionadas con retrasos en el diagnóstico o tratamiento de las pacientes con cáncer de mama. En países como el Reino Unido se desconoce el número de demandas ya que muy pocas de ellas llegan a juicio por ser desestimadas o llegarse a un acuerdo extrajudicial<sup>59</sup>. Se han intentado aplicar, con éxito irregular, modelos estadísticos utilizando variables médico-legales y de coste para predecir la probabilidad de que la defensa del caso sea factible y calcular el coste de la mala praxis en el tratamiento del cáncer de mama<sup>60</sup>.

En los casos de mala organización de los Sistemas Sanitarios los problemas que más frecuentemente originan retrasos son el mal funcionamiento de los circuitos entre Atención Primaria y Especializada, la falta de tecnología y problemas de comunicación entre los servicios<sup>61;62</sup>.

## **b) Retraso del programa de detección precoz**

La herramienta ideal para la detección precoz sería aquella que consiguiera disminuir la mortalidad manteniendo una baja tasa de falsos positivos y un coste reducido. Desafortunadamente esa herramienta todavía no ha sido encontrada y el “gold standard” para la detección precoz del cáncer de mama sigue siendo la mamografía<sup>63</sup>.

Independientemente de la calidad tanto de la mamografía como del radiólogo un pequeño porcentaje de los cánceres (5%-15%) no serán visualizados originando un retraso en su diagnóstico final<sup>17</sup>. Esos tumores son imposibles de diagnosticar con la tecnología actual lo que ha cuestionado la utilidad de la mamografía como la mejor prueba diagnóstica para la detección precoz; sin embargo algunos estudios han sugerido que el posible retraso entre la detección por la mamografía y la detección mediante la exploración clínica carece de relevancia clínica<sup>64</sup>.

En los programas de detección precoz los retrasos en el diagnóstico suelen ser secundarios a problemas de organización<sup>65</sup> y en otros casos por errores de interpretación de mamografías<sup>66</sup>.

Los estándares europeos establecen que el tiempo desde que se realiza la mamografía del programa hasta que la paciente es evaluada por la Unidad de Mama no debe de ser superior a las tres semanas<sup>9</sup>. Retrasos mayores de 20 semanas entre la mamografía y el diagnóstico se han asociado con un aumento del tamaño del tumor y un incremento del riesgo de aparición de metástasis axilares<sup>64</sup>.

Los riesgos medicolegales están adquiriendo cada vez mayor relevancia en los programas de detección precoz<sup>67,68</sup>.

### **c) Retraso del medico de atención primaria**

Los médicos generales suelen referir la mayor parte de las pacientes de forma inmediata a las Unidades de Mama para su evaluación pero en un 6%-16% se producirá un retraso de más de tres meses<sup>1</sup>. La causa más frecuente de demandas en patología mamaria es la no remisión de la paciente al especialista tras detectarse ella un nódulo en la mama<sup>69,70,71</sup>.

En ocasiones la paciente es remitida por el médico general a especialistas que carecen de la capacidad necesaria para resolver esta patología de forma satisfactoria<sup>72</sup>. Esta práctica ha sido denominada “remisión de pacientes de forma negligente” (negligent referral)<sup>55</sup>.

Se ha producido un cambio progresivo en las características de las pacientes remitidas a las Unidades de Mama por los médicos generales<sup>73</sup>, pero el número de cánceres detectados anualmente permanece en las mismas cifras. Este incremento inapropiado en el número de pacientes remitidas a las Unidades de Mama interfiere negativamente con aquellas pacientes que realmente necesitan la atención y que ven retrasados sus diagnósticos por el aumento de solicitudes de pruebas<sup>12</sup>.

En España los resultados difieren en los distintos Servicios Regionales de Salud. En algunos casos la estrecha colaboración entre el médico general y las Unidades de Mama ha sido esencial para obtener tiempos de espera bajos en los programas de detección precoz<sup>75</sup> pero no es una actitud que sea uniforme a lo largo de las distintas Comunidades Autónomas.

### **d) Retraso del especialista**

El retraso originado por el especialista es frecuente pero solo en el 8% de los casos ese retraso originará una lesión a la paciente por disminución de la probabilidad<sup>37</sup>.

## 1. Retraso del radiólogo

Los radiólogos son los especialistas más demandados por pacientes con cáncer de mama<sup>76</sup>, siendo el retraso en el diagnóstico de cáncer de mama el tipo de demandas que ha sufrido un mayor aumento en los últimos años<sup>77</sup>.

Cuando el cáncer de mama es evidente en una mamografía se puede descubrir la lesión correspondiente en un estudio previo en el 75% de los casos<sup>78;79</sup>. Sin embargo los estudios prospectivos parecen mostrar que la probabilidad de malignidad no es mayor que la incidencia de cáncer esperada<sup>80</sup>.

Las causas de los retrasos originados por los radiólogos son variadas<sup>81</sup>.

## 2. Retraso del anatomopatólogo

El retraso en el diagnóstico originado por el patólogo suele ser por dos motivos fundamentales:

2.1. Una incorrecta interpretación de la lesión será la causa del retraso en el 0.7% a 4% de las pacientes con cáncer de mama<sup>82</sup>, siendo el motivo más común del error el hecho de que la punción con aguja fina (PAAF) fuera realizada por personal sin la preparación suficiente<sup>83</sup>. La tasa de falsos negativos con la PAAF se sitúa entre el 0% y el 4% de los casos<sup>84;85</sup>. Los falsos negativos con las biopsias son extraordinariamente raros. La PAAF en ocasiones no es lo suficientemente sensible para excluir la presencia de una tumoración y un patólogo con amplia experiencia puede no identificar el 2% de los carcinomas, mientras que un especialista con menos experiencia puede no identificar hasta el 25% de los tumores<sup>83</sup>. Los pacientes deben de ser conscientes de la posibilidad de aparición de los falsos negativos<sup>86</sup>, aunque no está claro cómo debe ser de completa la información que se le debe suministrar a los pacientes sometidos a estos procedimientos diagnósticos que en la mayoría de los casos son realizados por radiólogos<sup>57</sup>.

2.2. Entre el 16% y el 20% de las PAAF el informe del patólogo será de “material insuficiente”<sup>85;87</sup>. Si no se repite la prueba o se realiza una biopsia se originará un importante retraso en el caso de que finalmente se trate de un carcinoma<sup>38</sup>

## 3. Retraso por el cirujano

La causa más frecuente de retraso por parte del cirujano es la afirmación de que un nódulo es benigno sin llegar a realizar ninguna prueba de carácter histológico, guiándose únicamente con la radiología y/o la exploración física<sup>37;50</sup>. Esta conducta se da con mayor frecuencia en relación con mujeres jóvenes<sup>34;88</sup> y en casos en los que la paciente acude tras autopalpación del nódulo en la mama<sup>38</sup>.

La ausencia de seguimiento en los casos dudosos<sup>53</sup> también ha sido identificada como una causa del retraso originado por el cirujano, siendo en otras ocasiones la inadecuada comunicación entre especialistas la que origina confusión en la paciente<sup>89</sup>. Un número de cirujanos excesivos dificulta la identificación de los profesionales responsables<sup>38</sup>. Existen también otras causas<sup>55</sup>:

- Reacción inadecuada ante una mamografía sospechosa
- Distracción por otros problemas de salud simultáneos
- Examen físico insuficiente e inadecuado por parte del cirujano

El autor llevó a cabo el estudio en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real. La Unidad de Mama se creó en 1991 tras la aparición del Programa de Detección Precoz de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y está formada por los Servicios de Cirugía General, Radiología, Medicina Nuclear, Oncología y Anatomía Patológica. En el año 2002 acudieron a la Unidad de Mama 2738 pacientes de las cuales 630 eran nuevas. Se realizaron 253 intervenciones quirúrgicas y se detectaron 84 carcinomas de mama.

Por parte de los especialistas que forman parte de la Unidad se había detectado un retraso de las pacientes desde el momento de la aparición de los síntomas hasta que acudían a su medico de cabecera **pero ese retraso nunca había sido evaluado.**

Esos mismos especialistas han detectado retrasos importantes en la remisión de pacientes desde el programa de detección precoz, desde el médico de cabecera, por problemas organizativos del Sistema Sanitario o por la actuación de los distintos especialistas implicados en la atención a la mujer con cáncer de mama **pero nunca los habían contabilizado.**

**El objetivo principal del trabajo fue analizar de forma cuantitativa y cualitativa las causas que originan los retrasos en el diagnóstico de las pacientes con cáncer de mama evaluadas en nuestra Unidad de Mama**

**Tras la identificación de las causas del retraso y con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada se propondrán las medidas correctoras con el fin de disminuir el riesgo de las pacientes de sufrir retraso y del personal médico al originar situaciones que sean susceptibles de demanda.**

**LAS CONCLUSIONES** fueron las siguientes:

“La paciente sigue siendo una de las causas más importantes que originan un retraso en el diagnóstico del cáncer de mama, aspecto que requiere una investigación más amplia que pueda explicar los motivos de esa conducta. En los cánceres de mama detectados en el programa de detección precoz la mayor causa de retraso fueron los problemas organizativos derivados de la carencia de personal administrativo. Un pequeño incremento del personal solucionaría el problema. Cuando el retraso es superior a los tres meses el pronóstico de la pacientes es peor y en estos casos el grado de severidad del daño causado es mayor si el retraso es ocasionado por los especialistas que si lo es por problemas organizativos. Una formación específica de todo el personal medico que trabaja en la Unidad de Mama es necesario para adquirir un nivel de calidad adecuado. Durante el verano y debido a la disminución del personal administrativo y médico que trabaja se produce un retraso en las citaciones comparado con el resto del año. Si las pacientes son tratadas por debajo de lo que puede ser considerado tratamiento estándar existe una importante asociación con el retraso mayor de tres meses. Las causas de esa atención por debajo del estándar han sido descritas y las soluciones propuestas”.

La iconografía presentada por el autor en la Jornada es la siguiente.

## PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA



Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo  
(Dr. Ricardo Pardo)  
Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos  
Complejo Hospitalario de Ciudad Real

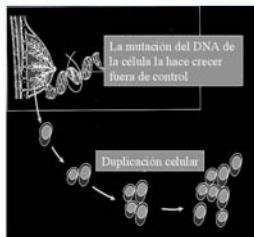


## CANCER DE MAMA

- El cáncer de mama representa el 32% de los cánceres diagnosticados en la mujer
- La incidencia del cáncer de mama en España es de 47 mujeres por cada 100.000
- 15.000 nuevos casos anuales
- La mortalidad ha disminuido a lo largo de la última década sobre todo gracias a los programas de detección precoz, la posibilidad de realizar mejores diagnósticos antes y la evolución en los tratamientos

## ¿QUE ES EL CANCER DE MAMA?

La mama está formada por células de distinto origen. El DNA controla el crecimiento de la célula. Si el DNA cambia o muta se produce un descontrol del crecimiento de las células originando el cáncer



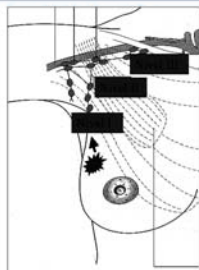
## PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- La velocidad con la que crecen las células cancerosas se denomina "tiempo de duplicación"
- Si el tiempo de duplicación es 1 mes y el cáncer comienza con una célula, al mes hay dos células, a los dos meses 4 y a los 3 meses 8 células
- El cáncer de mama mas pequeño que se puede detectar tiene 100.000.000 células por lo que la primera célula se transformó 7 años antes
- El tiempo de duplicación varía de paciente en paciente

## PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

Las células cancerígenas, según avanza la enfermedad, en cuanto pueden pasan a los conductos linfáticos y se desplazan a la axila

Cuando está mas avanzada pasan a la sangre y producen metástasis en otros sitios... pulmón, hígado, hueso....



## ¿PORQUE SE PRODUCE EL CANCER DE MAMA?

- NO SE SABE EN EL 90% DE LOS CASOS (CA MAMA ESPORADICO)
- En un 5 – 10 % de los casos el cáncer es heredado porque el DNA que forma los genes es defectuoso (CA MAMA HEREDITARIO)
- Los genes defectuosos mas comunes son los BRCA1 y BRCA2... si se está en posesión de estos genes la posibilidad de desarrollar un cáncer es cercana al 80%. Necesitan seguimiento frecuente
- Muchas familias tienen una o dos personas con cáncer de mama pero en estos casos es raro que exista una mutación. Se debería comenzar la detección precoz antes.....(CA MAMA FAMILIAR)

#### ¿PORQUE SE PRODUCE EL CANCER DE MAMA?

- Cuanto antes comienza la regla...
- Cuanto mas tarde llega la menopausia...
- Cuanto mas se ha tardado en tener hijos....
- Dietas con grasa....
- Utilización de AO
- Tratamiento hormonal sustitutivo
- Tipo de vida...stress...tabaco....

Todo en teoría puede contribuir al desarrollo del cáncer de mama pero su efecto es muy pequeño y transformar los hábitos no va a producir un resultado muy diferente.....

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- Es difícil determinar el retraso necesario para originar una lesión irreversible a la paciente con pérdida de supervivencia
- Parece claro que la agresividad del tumor y su tendencia a producir metástasis se incrementa con el tiempo (Heimann et al 1998)
- Cuanto mayor es el tumor...menor es la supervivencia
- La aparición de metástasis está influenciada por el tamaño del tumor...2.5 meses pueden suponer el paso de un tumor T1 (< 2 cm) a T2 (2-5 cm) (Diez Caballero et al 1997)

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- Otros estudios muestran que el tamaño del tumor no es importante ya que el factor predictivo esencial es la afectación ganglionar axilar (Reintgen et al 1993)
- Algunos trabajos muestran que es necesario el paso de muchos años hasta que un tumor se convierta en detectable...lo que cuestiona el término "detección precoz" (Friberg et al 1997)
- En 1999 Richards publicó una revisión sistemática de 102.000 pacientes y determinó que las pacientes con un retraso entre 3 y 6 meses tienen peor pronóstico que aquellas con un retraso de 3 meses

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

La pérdida de oportunidad se podrá determinar si existen pruebas previas de la presencia del tumor no diagnosticado... Y TAMBIEN SE PODRA DEFENDER CUANDO LAS COSAS SE HAN HECHO BIEN

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

##### Supervivencia 5 años

- |               |          |
|---------------|----------|
| • ESTADIO I   | 82 – 94% |
| • ESTADIO II  | 47 – 74% |
| • ESTADIO III | 7 – 70%  |
| • ESTADIO IV  | 0 – 10%  |

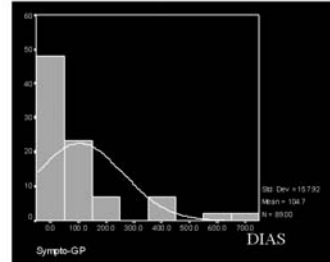
#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

1. ORIGINADA POR LA PACIENTE
2. ORIGINADA POR EL SISTEMA SANITARIO

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- **RETRASO DEL PACIENTE**
  - Entre un 20 – 30% de las pacientes tardan mas de 3 meses en acudir al médico desde el momento en el que se detectan los síntomas, presentando estas un peor pronóstico que el resto (Richards et al 1999)
  - Factores: Edad, socioeconómicos geográficos, mala información, percepción de la imagen corporal, negación de la situación, hipocondría, cancerofobia...

#### RETRASO EN EL DIAGNOSTICO



TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y LA PRIMERA VISITA A A.P.

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- **RETRASO DEL PACIENTE**
  - Solo el 71% e de la población española querría saber su diagnóstico si este es de cáncer
  - Solo el 19% querría que se le dijera a sus familiares en caso de que estos estuvieran afectados. (Estape et al 1992)

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- **RETRASO DEL SISTEMA SANITARIO**
  - Entre el 6 – 16% de las mujeres con cáncer de mama sufren un retraso diagnóstico ocasionado por el sistema sanitario (Goodson III et al 2002)
  - Esas cifras no han variado en los últimos 10 años (Jenner et al 2000)
  - El tiempo de retraso es menor que el originado por el paciente (Sainsbury et al 1999)

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- **RETRASO DEL SISTEMA SANITARIO**
  - El retraso en el diagnóstico de cáncer de mama es la causa mas frecuente de demanda por negligencia (Tartter et al 1999)
  - Se produce una demanda cuando la paciente descubre que ha habido un retraso “no razonable” hasta llegar al diagnóstico de su enfermedad por parte de las personas responsables de su cuidado ( Brenner et al 1996)

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- **RETRASO DEL SISTEMA SANITARIO**
  - En ocasiones la demanda se producen porque las pacientes tienen expectativas no realistas sobre la efectividad de los actuales sistemas para detectar el cáncer de mama (Lannin et al 1994)... [Entre el 5 – 15% de los cánceres de mama no se ven en las mamografías...](#)
  - Estas demandas en mas de un 50% de los casos afectan a mas de un especialista (Brenner et al 1993)

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- RETRASO DEL SISTEMA SANITARIO
  - Menos del 0.6% de los cánceres diagnosticados originan un retraso que provoca una demanda. Estos casos tienen dos factores en común:
    - Son pacientes jóvenes
    - Su mortalidad es mayor que la de la gente de su edad
- Un 6% de las reclamaciones al INSALUD (1995-1999) están relacionadas con un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- **LAS SENTENCIAS PARECEN ESTABLECER EL LIMITE DE 6 MESES PARA CONSIDERAR EL RETRASO DIAGNOSTICO COMO NEGLIGENTE** (Kern 1992)
- Otros jurados han considerado que la **pérdida de un 2% de la supervivencia es SUFICIENTE** para considerar el retraso como negligente (Kern 1992)

#### RETRASO > 6 semanas

- Todas las partes del sistema son responsables del retraso

• RETRASO DEL PACIENTE	35 %
• RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO	
1. RETRASO DEL PDPCM	13.6 %
2. MALA ORGANIZACIÓN DEL SS	11.7 %
3. RETRASO DESDE AP	9.5 %
4. RETRASO POR ESPECIALISTAS	
4.1 RADIOLOGO	1.3%
4.2 ANATOMOPATOLOGO	5.5 %
4.3 GINECOLOGO	12 %
4.4 CIRUJANO	6.7 %
• RETRASO EN EL TTO	4 %

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

- RETRASO DEL CIRUJANO
  - Diagnosticar un nódulo como benigno sin evidencia histológica
  - Mal seguimiento de pacientes en casos dudosos
  - Excesivo número de cirujanos en las Unidades de Mama...algunos no motivados
  - Falta de información en la historia clínica...ausencia de transcripción de todas las pruebas realizadas a las pacientes...pérdida de pruebas...repetición de las mismas
  - No seguimiento de los protocolos consensuados

#### LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE MAMA

##### CONCLUSIONES

1. LOS 6 MESES PARECEN SER LA FECHA CLAVE PARA LA CONSIDERACIÓN DE UN RETRASO COMO NEGLIGENTE
2. LAS CLASIFICACIONES SON BASICAS PARA ESTABLECER LA IMPORTANCIA DE LOS RETRASOS SI EXISTEN PRUEBAS DE LOS MISMOS...
3. EXISTE LA NECESIDAD DE CONTINUAR EDUCANDO A LA SOCIEDAD PARA QUE SE PARTICIPE EN LOS PDPCM
4. CREACION DE UNIDADES DE MAMA RECONOCIDAS POR LAS DISTINTAS SOCIEDADES CIENTIFICAS QUE UTILIZEN PROTOCOLOS CONSENSUADOS
5. HISTORIAS CLINICAS ORDENADAS CON TODAS LAS PRUEBAS TRANSCRITAS EN LAS MISMAS
6. EL FUTURO OBLIGARA A:
  1. CONOCIMIENTOS DE CONSEJO GENETICO
  2. OBLIGACION DE UTILIZAR LAS NUEVAS TECNICAS (GANGLIO CENTINELA)

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay in survival in patients with breast cancer: a systematic review. *The Lancet* 1999; 353:1119-1126.
- <sup>2</sup> Bland KI, Copeland III M. *Principles of Surgery*. New York: Mc Graw Hill, 1994.
- <sup>3</sup> Veronesi U. New developments in Breast Cancer Management. *Journal of the American College of Surgeons* 2001; 192:761-767.
- <sup>4</sup> Parkin DM, Muir CS, Whelan SL. *Cancer incidence in five continents*. Lyon: IARC Scientific Publications, 1992.
- <sup>5</sup> Richards M, Stockton D, Babb P, Coleman M. How many deaths have been avoided through improvements in cancer survival? *British Medical Journal* 2000; 320:895-898.
- <sup>6</sup> Coleman EA, Feuer EJ. Breast cancer screening among women 65 to 74 years of age in 1987-88 and 1991. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117:961-966.
- <sup>7</sup> Sant M, Capocaccia R, Verdecchia A, Esteve J, Gatta G, Micheli A et al. Survival of women with breast cancer in Europe: variation with age, years of diagnosis and country. The ERO CARE Working Group. *International Journal of Cancer* 1998; 77:679-683.
- <sup>8</sup> Expert Advisory Group of Cancer. *A policy framework for commissioning cancer services*. London: Department of Health, 1995.
- <sup>9</sup> NHS. *Breast Cancer Screening Programme*. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes, 1989.
- <sup>10</sup> Adcock KA. More on the Consequences of Being Accused of Malpractice. *American Journal of Radiology* 1998; 171:891-892.
- <sup>11</sup> Norton LW. A Stereotactic Stand-off. *American Journal of Surgery* 1997; 173:151-152.
- <sup>12</sup> Gui GP, Allum WH, Perry NH, Wells CA, Curling OM, McLean A. One stop diagnosis for symptomatic breast disease. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1995; 77:24-27.
- <sup>13</sup> Harcourt D, Ambler N, Rumsey N, Cawthorn S. Evaluation of a one-stop breast clinic: a randomised controlled trial. *Breast* 1998; 7:314-319.
- <sup>14</sup> Dey P, Bundred N, Gibbs A, Hopwood P, Baildam A, Boggis C et al. Costs and benefits of a one stop clinic compared with a dedicated breast clinic: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2002; 324:507-510.
- <sup>15</sup> Consejería de Sanidad. *Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama*. Cuenca, Spain: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 1995.
- <sup>16</sup> Heimann R, Hellman S. Aging, progression and phenotype in breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 1998; 16:2686-2692.
- <sup>17</sup> Silverstein MJ. Recent advances: diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal* 1997; 314(1736).
- <sup>18</sup> Tabar L, Fagerberg G, Day NE, Duffy SW, Kitchin RM. Breast cancer treatment and natural history: new insights from the results of screening. *The Lancet* 1992; 339:412-414.
- <sup>19</sup> Diez-Caballero A, Martinez-Regueira F, Sierra A, Espi A, Cebeiro JM, Zornoza A. Breast cancer: value of various examinations in the diagnosis of the primary lesion. *Revista Médica de la Universidad de Navarra* 1997; 41:159-166.
- <sup>20</sup> Reintgen D, Cox C, Greenberg H, Baekey P, Nicosia S, Berman C et al. The medical legal implications of following mammographic breast masses. *American Surgeon* 1993; 59:99-105.
- <sup>21</sup> Friberg S, Mattson S. On the growth rates of human malignant tumours: implications for medical decision making. *Journal of Surgical Oncology* 1997; 65:284-297.
- <sup>22</sup> Elwood JM, Moorehead WP. Delay in diagnosis and long-term survival in breast cancer. *British Medical Journal* 1980; 280:1291-1294.
- <sup>23</sup> Sainsbury R, Johnston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. *The Lancet* 1999; 353:1132-1135.
- <sup>24</sup> NHS. *The NHS Cancer Plan. A plan for investment. A plan for reform*. London: Department of Health, 2000.

- <sup>25</sup> Patel R, Smith D, Reid I. Delay in diagnosis of breast cancer. *The Lancet* 1999; 353:2154-2155.
- <sup>26</sup> Wilson R, Asbury D, Cooke J, Michell M, Patnick J. *Clinical Guidelines for breast cancer screening assessment*. Sheffield: NHSBSP Publication, 2001.
- <sup>27</sup> Cockburn J, Staples M, Hurley SF, De Luise T. Psychological consequences of screening mammography. *Journal Medical Screening* 1994; 1:7-12.
- <sup>28</sup> Lerman C, Trock B, Rimer BK, Boyce A, Jepson C, Engstrom PF. Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms. *Annals of Internal Medicine* 1991; 114:657-661.
- <sup>29</sup> Coates AS. Breast cancer: delays, dilemmas and delusions. *The Lancet* 1999; 353:1112-1113.
- <sup>30</sup> Springer-Kremser M, Eder A. The problem of delays of effective medical treatment in female patients with breast cancer. *Wien Kliniken Wochenschirurgie* 1983; 95:493-498.
- <sup>31</sup> Ares A, Escobar A, Sainz B. Delay in diagnosis of malignant tumours (breast, larynx, bladder). *Revista Clínica Española* 1995; 195:825-829.
- <sup>32</sup> Gould-Martin K, Paganini-Hill A, Mack T, Ross R. Behavioral and biological determinants of surgical stage of breast cancer. *Preventive Medicine* 1981; 11:429-440.
- <sup>33</sup> MacArthur C, Smith A. Delay in breast cancer and the nature of the presenting symptoms. *The Lancet* 2002;601-603.
- <sup>34</sup> Burgess C, Ramirez A, Richards M, Love S. Who and what influences delayed presentation in breast cancer. *British Journal of Cancer* 1998; 77:1343-1348.
- <sup>35</sup> Grunfeld EA, Ramirez AJ, Hunter MS, Richards MA. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *British Journal of Cancer* 2002; 86:1373-1378.
- <sup>36</sup> Phelan M, Dobbs J, David AS. "I thought it would go away": patient denial in breast cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1992; 85:206-207.
- <sup>37</sup> Tartter PI, Pace D, Frost M, Bernstein JL. Delay in diagnosis of breast cancer. *Annals of Surgery* 1999; 229:91-96.
- <sup>38</sup> Goodson III WH, Moore II DH. Causes of Physicians Delay in Diagnosis of Breast Cancer. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162:1343-1348.
- <sup>39</sup> Love N. Why patients delay seeking care for cancer symptoms. What you can do about it. *Postgraduate Medicine* 1991; 89:155-158.
- <sup>40</sup> McPherson K, Steel CM, Dixon JM. Breast cancer epidemiology, risk factors and genetics. *British Medical Journal* 2000; 321:624-628.
- <sup>41</sup> Puentes C. Women and access to health care. *Society Science & Medicine* 1992; 35:619-626.
- <sup>42</sup> Burgess C, Hunter MS, Ramirez A. A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *British Journal of General Practice* 2001; 51:967-971.
- <sup>43</sup> Lostao L, Joiner TE. Health-oriented behaviors: their implications in attending for breast cancer screening. *American Journal of Health Behaviour* 2001; 25:21-32.
- <sup>44</sup> Caplan LS. Patient delay in seeking help for potential breast cancer. *Public Health Review* 1995; 23:263-274.
- <sup>45</sup> Charavel M, Bremond A. Problem of perception and denial of illness in women who had breast cancer. *Bulletin du Cancer* 1994; 81:638-644.
- <sup>46</sup> Wool M. Extreme denial in breast cancer patients and capacity for objects relations. *Psychotherapy Psychosomatic* 1986; 46:196-204.
- <sup>47</sup> Cousins N. Denial: are sharper definitions needed? *Journal of the American Medical Association* 1982; 248:210-212.
- <sup>48</sup> Lostao L, Joiner TE, Pettit JW, Chorot P, Sandin P. Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *European Journal of Public Health* 2001; 11:274-279.
- <sup>49</sup> Estape J, Palombo H, Hernandez E, Daniels M, Estape T, Grau JJ et al. Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Annals of Oncology* 1992; 3:451-454.
- <sup>50</sup> Atzelius P, Zedeler K, Sommer H, Mouridsen HT, Blichert-Toft M. Patient's and doctor's delay in primary breast cancer. *Acta Oncologica* 1994; 33:345-351.
- <sup>51</sup> Coveny EC, Geraghty JG, O'Laoide R, Hourlhane JB, O'Higgins NJ. Reasons underlying negative mammography in patients with palpable breast cancer. *Clinical Radiology* 1994; 49:123-125.

- <sup>52</sup> Joensuu H, Asola R, Holli K, Kumpulainen E, Nikkanen V, Parvinen L-M. Delayed diagnosis and large size of breast cancer after a false negative mammogram. *European Journal of Cancer* 2002; 30A:1299-1302.
- <sup>53</sup> Jenner DC, Middleton A, Webb WM, Oommen R, Bates T. In-hospital delay in the diagnosis of breast cancer. *British Journal of Surgery* 2000; 87:914-919.
- <sup>54</sup> Kern KA. History of breast cancer malpractice litigation: a clinician's perspective. *Surgical Oncological Clinics of North America* 1994; 3:1-24.
- <sup>55</sup> Brenner RJ. Medicolegal Aspects of Breast Cancer Evaluation and Treatment. In: Harris JR, editor. *Diseases of the Breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
- <sup>56</sup> Lannin DR. Letter to the editor. *Journal of the American College of Surgeons* 1994; 179:506-508.
- <sup>57</sup> Brenner RJ. Mammography and Malpractice Litigation: Current Status, Lessons and Admonitions. *American Journal of Roentgenology* 1993; 161:931-935.
- <sup>58</sup> Kern KA. Causes of breast cancer malpractice litigation: a 20-year civil court review. *Archives of Surgery* 1992; 127:542-547.
- <sup>59</sup> Dische S, Bentzen S, Bond S. The influence of delay in diagnosis of breast cancer upon outlook. *Clinical Risk* 2000; 6:4-6.
- <sup>60</sup> Zylstra S, Bors-Koefoed R, Mondor M, Anti D, Giordano K, Resseguie LJ. A statistical model for predicting the outcome in breast cancer malpractice Lawsuits. *Obstetrics and Gynecology* 1994; 84:392-398.
- <sup>61</sup> Mayor S. More than 90% of urgent cancer referrals seen within two weeks. *British Medical Journal* 2001; 323:591.
- <sup>62</sup> CAines J, Chantziantoniou K, Wright BA, Konok GP, Iles SE, Bodurtha A. Nova Scotia Breast Screening Program experience: use of needle core biopsy in the diagnosis of screening detected abnormalities. *Radiology* 1996; 198:125-130.
- <sup>63</sup> Forrest P. Breast cancer screening: Report to the Health Ministers of England, Wales, Scotland and Northern Ireland. London: HMSO, 1986.
- <sup>64</sup> Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer* 2002; 94:2143-2150.
- <sup>65</sup> Smith RA, Black B, Price GW, Mushlin AI, Brown ML, Zaverinik JJ et al. Legal Aspects, Legislative Effect, Cost Effectiveness, and Barriers to Breast Cancer Screening. *Cancer* 1992; 69:2005-2007.
- <sup>66</sup> White C. "Unacceptable" errors found in breast screening service. *British Medical Journal* 2002; 324:933.
- <sup>67</sup> Sutton S, Bickler G, Sancho-Aldridge J, Saidi G. Prospective study of predictors of attendance for breast screening in an inner city area. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1994; 48:65-73.
- <sup>68</sup> Racenstein MJ, Berlin L. Malpractice Issues in Radiology. False-Negative Core Biopsy of the Breast. *American Journal of Roentgenology* 1998; 171:927-930.
- <sup>69</sup> Mitnick JS, Vazquez MF, Kronovet SZ, Roses DF. Malpractice litigation involving patients with carcinoma of the breast. *Journal of the American College of Surgeons* 1995; 181:315-321.
- <sup>70</sup> Paquette D, Snider J, Bouchard F, Olivotto I A, Bryant H, Decker K. Performance of screening mammography in organized programs in Canada in 1996. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 163:1133-1138.
- <sup>71</sup> Burhenne LJ, Hislop TG, Burhenne HJ. The British Columbia Mammography Screening Programme: evaluation of first 15 months. *American Journal of Roentgenology* 1992; 158:45-49.
- <sup>72</sup> Yarnold JR, Bliss JM, Brunt M, Earl H, Kaye S, MASON M et al. Management of breast cancer Refer women to multidisciplinary breast clinics. *British Medical Journal* 1994; 308:714-715.
- <sup>73</sup> Barclay M, Carter D, Horobin JM, Preece PE, Wood RA. Patterns of presentation of breast disease over ten years in a specialised clinic. *Health Bulletin (Edinburgh)* 1991; 49:229-236.
- <sup>74</sup> Cochrane RA. Evaluation of general practitioner referrals to specialist breast clinic according to the UK national guidelines. *European Surgical Oncology* 1997; 23:198-201.
- <sup>75</sup> Fernandez-Hidalgo JM, Olmo T, Lopez-Muñiz C. Interaction of primary and specialized care and the patient in a programme for early detection of cancer of the breast. *Atención Primaria* 1998; 22:429-433.

- <sup>76</sup> Physicians Insurance Association of America. Breast Cancer Study. Lawrenceville. NJ: Physicians Insurance Association of America, 1990.
- <sup>77</sup> Brenner RJ, Berlin L. Evaluation of the mammographic abnormality. *American Journal of Roentgenology* 1998; 167:17-19.
- <sup>78</sup> Bird RE, Wallace TW, Yankaskas BC. Analysis of cancer missed at screening mammography. *Radiology* 1992; 184:613-617.
- <sup>79</sup> Harvey JA, Fajardo LL, Innis CA. Previous mammograms in patients with impalpable breast carcinoma: retrospective vs blinded interpretation. *American Journal of Roentgenology* 1993; 161:1167-1172.
- <sup>80</sup> Wolverton DE, Sickles EA. Clinical Outcome of Doubtful Mammographic Findings. *American Journal of Roentgenology* 1996; 167:1041-1045.
- <sup>81</sup> Racenstein MJ, Berlin L. MAIpractice Issues in Radiology. False-Negative Core Biopsy of the Breast. *American Journal of Roentgenology* 1998; 171:927-930.
- <sup>82</sup> Kronz JD, Westra WH, Epstein JI. Mandatory second opinion surgical pathology at a large referral hospital. *Cancer* 1999; 86:2426-2435.
- <sup>83</sup> Ljung BM, dREJET a, Chiampi N, Jeffrey J, Goodson III WH, Chew K et al. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration biopsy is determined by physician training in sampling technique. *Cancer* 2001; 93:263-268.
- <sup>84</sup> Eltahir A, Jibril JA, Squair J, Heys SD, Ah-See AK, Needham G et al. The accuracy of "one stop" diagnosis for 1,100 patients presenting to a symptomatic breast clinic. *Journal of the College of Surgeons of Edinburgh* 1999; 44:226-230.
- <sup>85</sup> Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S. *Diseases of the Breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
- <sup>86</sup> Bates AT, Bates T, Hastrich DJ, Mackie ME, Padley SJ, Corfield NS et al. Delay in diagnosis of breast cancer: the effect of the introduction of fine needle aspiration cytology to a breast clinic. *European Journal of Surgical Oncology* 1992; 18:433-437.
- <sup>87</sup> Lee HC, Ooi PJ, Poh WT, Wong CY. Impact of inadequate fine-needle aspiration cytology on outcome of patients with palpable breast lesions. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 2000; 70:656-659.
- <sup>88</sup> Caplan LS, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Freedman LS, Coates RJ, Edwards BK. System delay in breast cancer in whites and blacks. *American Journal of Epidemiology* 1995; 142:804-812.
- <sup>89</sup> Audit Commission. What seems to be the matter? Communication between hospitals and patients. London: HMSO, 1993.

## **III.2. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CÁNCER DE OVARIO: DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO**

**Antonio González González**  
**Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia.**  
**Hospital Universitario “La Paz”. Madrid**

Hemos hecho una transcripción del registro de audio del Profesor González, que pensamos sirve para una lectura ordenada de las diapositivas de su exposición, recogiendo los aspectos que consideramos más relevantes.

\*La pérdida de oportunidad es un concepto o situación casi inevitable. Siempre suelo decir a los alumnos que en medicina todo se puede hacer mejor y antes, por lo que en algún momento, en algún eslabón del proceso asistencial de algún paciente puede haber una demora y por lo tanto una pérdida de oportunidad.

Presentamos algunos datos estadísticos sobre el riesgo de aparición de ca. de ovario y de algunos factores generales de riesgo: edad, situación hormonal, etc. La frecuencia de aparición está aumentando. También nos referimos a algunos factores de riesgo específicos: mayor período temporal de ovulaciones (menarquia precoz y menopausia tardía), tratamientos de fecundación in vitro así como a aspectos genéticos, muy similares a los presentados por el Dr. Pardo en relación con el cáncer de mama.

Muy en general, la supervivencia de las mujeres depende de una serie de factores: del momento en que se haga el diagnóstico y de las lesiones residuales tras el tratamiento quirúrgico.

Puede haber una pérdida de oportunidad en los diferentes momentos del proceso asistencial: en el diagnóstico, en el tratamiento quirúrgico, en el tratamiento quimioterápico y en el seguimiento posterior. En estos diferentes momentos puede haber un riesgo para el médico y una pérdida de oportunidad para la paciente. La supervivencia de la mujer está en relación con el momento en que se diagnostica el proceso.

Riesgo y oportunidad que tiene que ver con la mortalidad. Mortalidad que tiene que ver con el estadio en que se diagnostica, empeorando la supervivencia a medida que se diagnostica y trata en un estadio superior. En el estadio I, la supervivencia es muy alta a los cinco años: 25%; en los estadios II, III y IV la mortalidad a los cinco años sobrepasa el 80%. También hay que recordar que los porcentajes de supervivencia dependen en parte del tipo de centro en el que se atienden: si es un centro especializado en este tipo de patología o, como es habitual en España, son centros que atienden todo tipo de patologías, es decir, son hospitales generales, no monográficos.

La primera pregunta acerca de la posible “pérdida de oportunidad: ¿es posible el diagnóstico precoz? Hay que contestar que el diagnóstico del cáncer de ovario es difícil. Conviene recordar el gráfico de la diapositiva 8, que recoge los diferentes estadios de la historia natural de cualquier tipo de cáncer.

El tiempo del diagnóstico precoz hay que situarlo en el período preclínico, antes de que de síntomas y conlleva los procedimientos de screening, cribado o despistaje y la aplicación de los métodos diagnósticos.

En dicha diapositiva es de interés considerar el término “lead time”: que es el tiempo que podemos ganar en la evolución natural de la enfermedad si hacemos un diagnóstico precoz.

La medicina debe intentar que el “lead time” sea el mayor posible, de manera que se retrase o se evite el período de cáncer clínico.

En la diapositiva 9 se muestra la evolución en el tiempo del desarrollo de un cáncer. Como se ve, los tiempos se miden en años. Por ello, cuando se habla de la importancia o relevancia de un retraso, por ejemplo, de tres meses en el diagnóstico de un cáncer y la pérdida de oportunidad que puede haber ocasionado, hay que recordar estos tiempos: un retraso de tres meses en el diagnóstico de un proceso que lleva años desarrollándose. Esa pérdida de oportunidad tiene que ser muy pequeña, porque el médico ha influido muy poco en la prolongación de este período.

Esto es verdad en relación con el cáncer de mama, que ya ha sido expuesto por el Dr. Pardo, pero no es tan verdad en relación con el cáncer de ovario, ya que cada mujer reacciona desde el punto de vista ovárico de manera diferente respecto al cáncer de mama.

El diagnóstico precoz del cáncer de ovario es identificarlo en el estadio I y lo que pretendemos es pasar de la supervivencia del 25% (estadísticas) al 75%.

1. ¿Es útil el screening, el despistaje para el diagnóstico precoz del cáncer de ovario? ¿Es útil aplicar a toda la población el procedimiento de ecografía más determinación de marcadores?

Es posible el diagnóstico en pacientes asintomáticas con ese procedimiento, pero no es necesaria su aplicación a toda la población para el diagnóstico precoz del cáncer de ovario. La falta de sensibilidad y especificidad conlleva un exceso de intervenciones quirúrgicas.

Al añadir el doppler a la ecografía, se puede hacer análisis de probabilidades de si una tumoración es maligna o no, lo que aconsejará, o no, la reiteración de pruebas; no obstante, la discriminación y diagnóstico diferencial entre masas malignas o benignas es con frecuencia difícil. Creo que la ecografía en mujeres postmenopáusicas debe realizarse una vez al año, con doppler.

¿Qué solemos hacer? En las mujeres postmenopáusicas se realiza una ecografía, si la imagen es sospechosa se repite a las cuatro semanas y si sigue la imagen se realizan marcadores y, con el diagnóstico hecho, cirugía más radioterapia.

En conclusión, diagnóstico precoz, si: a las mujeres postmenopáusicas y a las premenopáusicas con riesgo familiar genético; a estas hay que hacerles marcadores. Pero hay que saber que los marcadores no son específicos de cáncer; esto es una ¿confusión? que aparece por escrito en muchas reclamaciones. Estos marcadores pueden aparecer en otras patologías, por ejemplo endometriosis, que en absoluto son malignas. En las diferentes diapositivas podemos ver datos en relación con los marcadores.

En general, ellos solos no son sensibles para hacer el diagnóstico precoz. Ayudados por la ecografía, si.

En relación con las políticas recomendadas con el cribado o despistaje no hay pruebas evidentes de que su aplicación se relacione positivamente con la mortalidad de las pacientes: el diagnóstico por screening no mejora la supervivencia de las pacientes. Puede diagnosticar antes pero la mortalidad se mantiene. No hay pruebas de que se mejora la supervivencia, lo que es muy importante en relación con los pronunciamientos judiciales. Presentamos algunas estadísticas de nuestro hospital que muestran estos datos. El pronóstico del carcinoma de ovario sigue sin mejorar. Como dice algún autor —ver diapositiva— el diagnóstico precoz de cáncer de ovario sigue siendo una cuestión de suerte.

Hay pérdida de oportunidad en el diagnóstico precoz de cáncer de ovario si no se tienen en cuenta la ecografía y los marcadores.

Hay que contemplar un cribado selectivo en una subpoblación femenina (ver diapositiva), más riguroso que a las pacientes de la población general. De entre estos síndromes conviene recordar que algunos también implican a la población masculina.

En este tipo de pacientes se discute a qué edad se debe comenzar, aspecto éste más difícil de determinar —25, 35, 40 años— aunque los diferentes límites propuestos no son datos incontestables.

Observando la diapositiva vemos una información difícil de analizar, pero que puede tener consecuencias no queridas sobre la litigiosidad, ya que fundándose en una información no contrastada desde el punto de vista científico, pueden proliferar las demandas.

2. Puede existir pérdida de oportunidad en relación con el tratamiento, sea éste quirúrgico y en el quimioterápico: si no se hace el tratamiento, si se hace mal o se hace a destiempo. ¿Cuándo creemos que existe demora en el tratamiento quirúrgico? Creemos que un mes es una demora máxima razonable, y es la habitual en el sistema público. Si pudiera reducirse a quince días, mejor.

Pero la pérdida de oportunidad también puede derivarse de si el centro donde se realiza esta cirugía —ciertamente complicada— no es el adecuado: por sus instalaciones, por sus servicios complementarios, la existencia de otras especialidades que puede ser necesario que intervengan, por la experiencia del cirujano. En realidad pueden reclamarnos por cualquier cosa, desde la edad del cirujano hasta la existencia de cirujanos vasculares.

En relación con el tratamiento quimioterápico también pueden producirse pérdidas de oportunidad por circunstancias similares en relación con los fármacos y con los oncólogos; si tenemos en cuenta las posibles demoras, creemos que una demora de un mes no significa pérdida de oportunidad y no debiera producirse un retraso mayor.

La pérdida de oportunidad en el seguimiento también puede producirse. El seguimiento es muy importante, hay que tener en cuenta los documentos de consenso mundiales, el intervalo se plantea en las diapositivas. Periodicidad, analítica indispensable, etc.

Tras los dos primeros años, revisiones semestrales; tras los cinco años, revisiones anuales.

Un aspecto a considerar en posibles pérdidas de oportunidad relacionadas con el seguimiento es la presión asistencial a la que está sometido el médico, y que puede llevar a cometer errores en la fijación de las fechas de revisión.

Las pérdidas de oportunidad que pueden producirse en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas pacientes se pueden deber, al médico por supuesto, pero también a la organización, que por política sanitaria, por problemas de asignación de recursos humanos y económicos no permiten un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Muchas gracias.

La iconografía del autor es la siguiente:



### MASAS OVARICAS ¿ cuantas son malignas ?

- Entre el 7 % y el 13 % en mujeres premenopáusicas
- Entre el 8 % y el 45 % en postmenopáusicas

### Ca de OVARIO

#### RIESGO DE APARICION

Población general 1/70 mujeres 1,4 %  
Factores de riesgo (nulip, ovulaciones incesant,etc)  
Mujeres con ant. hereditarios 50%  
Si tumor en la madre RR 40,3 ( CI 22,75 - 75,1 )  
Si tumor en una hermana RR 34,5 ( CI 19,5 - 63,4 )

### Ca de OVARIO

#### Factores pronósticos

- . Estadio al diagnóstico
- . Tamaño de las lesiones residuales

## Ca de OVARIO

### RIESGO DE APARICION

Población general 1/70 mujeres 1,4 %  
Factores de riesgo (nulip, ovulaciones incesant,etc)  
Mujeres con ant. hereditarios 50%  
Si tumor en la madre RR 40,3 ( CI 22,75 - 75,1 )  
Si tumor en una hermana RR 34,5 ( CI 19,5 - 63,4 )

## Ca de OVARIO

### Factores pronósticos

- . Estadío al diagnóstico
- . Tamaño de las lesiones residuales

## Ca de OVARIO

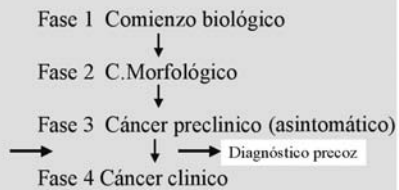
### PERDIDA DE OPORTUNIDAD

- 1 En el diagnóstico
- 2 En el tratamiento quirúrgico
- 3 En el tratamiento quimioterápico
- 4 En el seguimiento posterior

## Ca de OVARIO

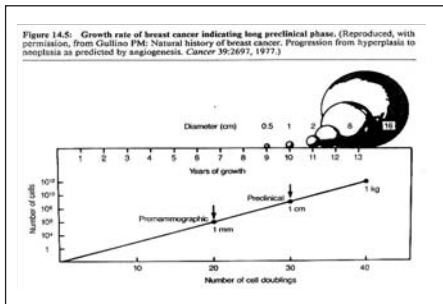
¿Es posible un diagnóstico precoz

### Diagnóstico del cáncer



## Ca de OVARIO





Cáncer.Evolución en el tiempo

### Ca de OVARIO.

#### Diagnóstico Precoz

¿ qué busca ?

- Aumento del diagnóstico de Estadio I del 25 al 75 %
- Disminución de la Mortalidad
- Mejorar la calidad de vida
- Disminuir los costes del tratamiento

¿ Es posible el diagnóstico del Ca de ovario en pacientes ASINTOMATICAS ?

SI

ECOGRAFIA+ CA-125

¿Es de utilidad el screening?

No

#### INDICE MORFOLÓGICO

Tipo de Tumor

Parámetro	Prob Benigno	Prob Maligno
Tamaño tumoral	Menor	Mayor
Cápsula/pared	Fina, regular, < 3 mm	Gruesa, Irregular, >3mm
Cámaras	Única	Múltiple
Tabiques	Escasos, finos	Frecuentes y gruesos
Papilas	No	Si
Zonas sólidas	No	Si
Ascitis	Habit. No	Muy frecuente

### Ca de OVARIO Diagnóstico Ecográfico



#### INDICE HEMODINÁMICO

(Exploración Doppler)

PARÁMETRO	Tipo de tumor	
	Prob Benigno	Prob Maligno
Flujo color	Ausente	Presente
Grado vascularización	Escaso	Elevado
Distribución vascular	Periférica	Central
Doppler pulsado:		
L Resistencia	Alto (>0,50)	Bajo (<0,50)
L Pulsatilidad	Alto (>0,80)	Bajo (<0,80)
Veloc Sistólica (Cm/s)	Baja (<0,15)	Alta (>0,15)
Muesca protodiastólica (Noch)	Presente	Ausente

## Ca de OVARIO

### MARCADORES TUMORALES

- CA 125
- CEA
- CA-19-9
- CA 15-3
- TAG 72 ( Tumor asociado glicoproteina 72 )
- NB / 70 K
- LASA ( Lipid associated sialic acid )

## Ca de ovario CA-125

( cifras elevadas : mayores de 35 U/ml )

### Ca de ovario .-Elevado en

- 82 % de las pacientes ESTADIOS III y IV
- 50 % de las pacientes ESTADIO I

### No Ca de ovario.-Elevado en:

- 1% de las mujeres sanas
- 4 - 40 % de mujeres con patología benigna
- 29 % de pacientes con Ca no ginecológico ( páncreas, colon, mama, estómago )

## Ca de ovario CA-125

SENSIBILIDAD ( en pacientes con Ca de ovario o sospechosas, no en asintomáticas )

ESTADIO I	29 - 75 %
ESTADIO II	67 - 100 %

### Ca DE OVARIO. MARCADORES

- BAJA sensibilidad y especificidad (estadios tempranos)
- Tienen cierta utilidad: ayudan al diagnóstico primario, a diferenciar malignidad-benignidad y al seguimiento de la enfermedad.

#### Antígeno Ca 125

Este marcador se modifica en el 80% de los tum. epiteliales. Cifras inferiores a 35 U/ml indican que la paciente está libre de enfermedad en el 75% de los casos

#### CEA

Menor utilidad que el Ca 125. Se modifica igual tanto en cistadenocarcinomas como en cistoadenomas

## Ca de OVARIO

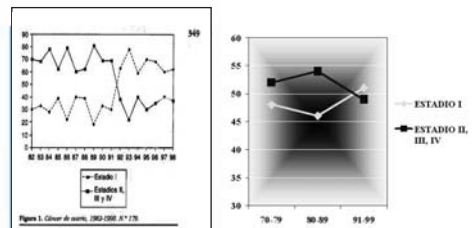
### DIAGNÓSTICO PRECOZ

- ECOGRAFIA VAGINAL
- IMPRESIÓN CLINICA
- CA 125

¿ Hay evidencia de que esta política mejore la mortalidad para éste tipo de Cáncer ?

**NO**

## Ca de OVARIO



S. Dexeus y cols

MAT. " LA PAZ "

## “Early diagnosis of OVARIAN CANCER

is still a matter of CHANCE”

Tortolero-Luna y cols  
Obstet Gynec NA. 1994

### Cáncer de ovario



Hay pérdida de oportunidad en lo que se refiere al diagnóstico precoz si no se tienen en cuenta la ecografía y los marcadores bioquímicos

### Ca de OVARIO

#### SCREENING SI ? / NO ?

- 1.-NO
- 2.-Contemplar screening selectivo

### Ca de OVARIO Screening selectivo

- ¿ a quién ?
- ¿ a qué edad ?
- ¿ con qué frecuencia ?

### Ca de OVARIO Screening selectivo

- Pacientes con uno o más familiares de primer grado con Ca de ovario
- Pacientes con síndromes familiares que incluyan Ca de ovario ( mutaciones BCRA I, S. de Li-Fraumeni, etc )
- Pacientes con antecedentes personales de Ca de mama

Documentos de Consenso. SEGO, 1998

### Ca de OVARIO

#### Propuesta diagnóstica de Piver y cols \*

Exploración clínica + CA-125 + Ecografía a pacientes con historia familiar de Ca de ovario.

Cada 6 meses empezando a los 25 años

Estudio sobre 658 familias con Ca de ovario  
(Cancer 71: 582 - 588 , 1993)

Martes, 10 de mayo de 2005

HIGIENA

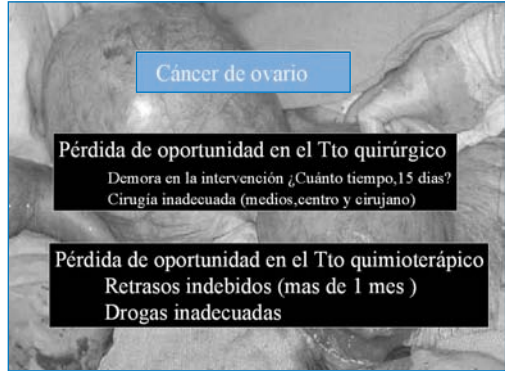
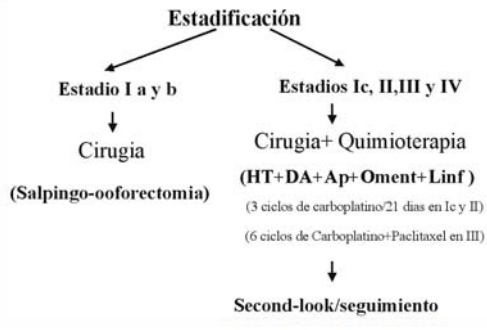
ONCOLOGÍA ANALIZA LOS NIVELES DE LEPTINA, PROLACTINA, OSTEOPONTINA E IGF-II

## Un test sanguíneo detecta el cáncer de ovario asintomático

→ Un test sanguíneo que mide los niveles de leptina, prolactina, osteopontina e IGF-II. Para llegar a diseñar este test, se analizaron los niveles de 160 proteínas séricas en tejido ovárico y de 40 con enfermedad recurrente. La evaluación de las proteínas entre controles y pacientes con cáncer determinó las cuatro proteínas diana.

**No es recomendable el SCREENING si a las pruebas les falta precisión o no hay evidencia que la DETECCION PRECOZ mejore el resultado**

**TRATAMIENTO EN GENERAL DEL CA DE OVARIO**



**Cáncer de ovario**

**Seguimiento posterior**

Periodicidad	Explor y cit O biopsia	Ecografía, TAC, análisis y marcadores
2 años	Trimestral	Semestral
3-5 años	Semestral	Semestral
>5 años	Anual	Anual

**Cáncer de ovario**  
**Pérdida de oportunidad en el seguimiento:**

Mala planificación  
Incompleta valoración diagnóstica



Muchas gracias





### III.3. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

Vicente Díaz-Hellín Gude

Médico Adjunto. Servicio de Cirugía de Tórax. Hospital Universitario  
"12 de Octubre". Madrid

El tratamiento más efectivo contra el Carcinoma Broncogénico (C.B.) continúa siendo el tratamiento quirúrgico en estadios iniciales, aunque es raramente diagnosticado en dichos estadios. La promesa de las técnicas de "screening" o despistaje de incrementar las tasas de diagnóstico de CB en estadios precoces, y por tanto la expectativa de más casos tratables, ha conducido a la búsqueda y desarrollo de tecnologías de "screening".

Según información extraída de una reciente Guía Clínica sobre el "screening" del CB (Chest 123, 1, 2003 Supplement, 83-8s), **los ensayos controlados randomizados (RCT) con Rx de tórax y citología de esputo no han conseguido demostrar una disminución en la mortalidad, por lo que los autores no los recomiendan en individuos asintomáticos o sin historia de cáncer.** El CT de baja dosis (LDCT) es una tecnología prometedora debido a su sensibilidad y habilidad para determinar el crecimiento de pequeños nódulos; nuevos estudios deben proporcionar todavía información sobre el coste y beneficio del "screening" mediante esta tecnología. También, por el estudio realizado por los autores, debido a la falta de evidencia respecto a la mortalidad unida al sobrediagnóstico, tampoco se recomienda el "screening" mediante esta técnica para individuos asintomáticos o sin historial de cáncer; esta opinión podría cambiar si nuevos estudios aclaran las dudas sobre sus riesgos y beneficios.

En cuanto a la *influencia de la demora entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico en la supervivencia del carcinoma broncogénico*, hemos analizado recientes trabajos de revisión, internacionales y nacionales, y como conclusión general se puede afirmar que, aunque parezca paradójico, no existen diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia motivado por un retraso en el diagnóstico.

Si aportamos datos más prácticos referidos a nuestro medio extraídos de la casuística del GCCB-S (Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de SEPAR) y de nuestro propio Hospital, la demora entre el momento en que se sospecha el CB y se diagnostica mediante fibrobroncoscopia fundamentalmente, es clínicamente aceptable (9.5 días en nuestro Hospital); sin embargo la demora entre el diagnóstico y la toracotomía terapéutica, aunque es mejor que la referida en el Reino Unido (82 días), es lo suficientemente elevada (45-53 días) como para reflexionar sobre los métodos para reducirla.

En el trabajo publicado por F. G. Aragonese y colaboradores y el GCCB-S (*Lung Cáncer 36,1, april 2002, 59-63*) se recogen datos de 1082 pacientes en estadio clínico I y II intervenidos entre octubre de 1993 y septiembre de 1997, entre otras cosas se demuestra que **no existe influencia entre el retraso del diagnóstico y la supervivencia de los pacientes intervenidos por CB.**

A continuación, incorporamos el contenido iconográfico de la presentación del ponente, cuya detallada redacción permite la comprensión directa de las conclusiones previamente expuestas.

## I JORNADA TECNICA DE PRIMAVERA SOBRE GESTION DE RIESGOS SANITARIOS

### "LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CARCINOMA DE PULMON"

VICENTE DÍAZ-HELLÍN GUDE

Servicio de Cirugía Torácica  
Hospital Universitario "12 de Octubre".  
Madrid, 12 de Mayo de 2005

### PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN CANCER DE PULMON

- El CB es la 1ª causa de muerte por cáncer en el varón y la 2ª en la mujer (después del cáncer de mama).
- En España se diagnostican cada año 10.500 nuevos casos de CB. Sólo un 14-17% pueden ser tratados quirúrgicamente (tasa similar al resto de la U.E).
- Pronóstico según el estadio quirúrgico-patológico según Mountain:

➤ IA	67%	supervivencia a 5 años.
➤ IB	57%	" "
➤ IIA	55%	" "
➤ IIB	39%	" "
➤ IIIA	23%	" "
- A priori pensaríamos que utilizando métodos de detección precoz (screening) podríamos diagnosticar antes y con ello reducir la tasa de mortalidad.

### PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN CANCER DE PULMON METODOS DE SCREENING

- Elementos que debe reunir un test de screening:
  - 1) Debe ser capaz de detectar la enfermedad en un punto de su historia natural cuyo curso pueda ser alterado por el tratamiento.
  - 2) No debe ser peligroso o doloroso y no debe tener muchos falsos positivos. Desde un punto de vista social no debe consumir un elevado número de recursos.
- Métodos de investigación para evaluar los métodos de screening:
  - Ensayos randomizados (RCT).
  - Estudios de poblaciones.
  - Observación en cohortes escogidas.
- La comunidad científica considera mejor método el RCT.

### SCREENING POR CITOLOGIA DE ESPUTO Y RX DE TORAX BRETT G.Z. LONDRES 1960-64

- Estudio randomizado de 55.034 hombres divididos en 2 grupos:
  - Grupo a: Rx de tórax cada 6 meses durante 3 años:
    - Se detectaron 132 casos de CB.
    - Se resecaron el 44%.
    - 62 personas murieron por CB (2.1 por 1000 personas-año).
  - Grupo b: Rx de tórax al principio y a los 3 años:
    - Se detectaron 96 casos de CB.
    - Se resecaron el 29%.
    - 59 personas murieron por CB (2.4 por 1000 personas-año).
- Según este estudio no se sostiene la hipótesis de que el screening con Rx de tórax podría asociarse a una reducción en la mortalidad por CB estadísticamente significativa.

### SCREENING POR CITOLOGIA DE ESPUTO Y RX DE TORAX Johns Hopkins Lung Project & MSKCC Lung Cancer Screening Program

- Realizaron estudio randomizado con Rx de tórax solo o Rx de tórax y citología de esputo (>10.000 pacientes cada grupo).
- En ninguno de los estudios se encontraron diferencias en el número de cánceres diagnosticados.
- No se encontraron diferencias en el número de cánceres resecaados.
- No se encontraron diferencias en la tasa de mortalidad por carcinoma broncogénico.

### SCREENING POR CITOLOGIA DE ESPUTO Y RX DE TORAX MAYO LUNG PROJECT I (1971-76)

- Población de estudio: varones fumadores (1 paq/día), > 45 años, supervivencia estimada de al menos 5 años, no evidencia de CB en la evaluación inicial y suficiente capacidad pulmonar para tolerar la lobectomía.
- Se reclutaron inicialmente 10.933 pacientes: se detectaron 91 casos de CB (51 RxT, 17 CE, 15 ambos); supone 0.83%.
- Los no excluidos se randomizaron en 2 grupos:
  1. Población de screening: RxT y CE cada 4 meses durante 6 años.
  2. Población control: RxT y CE 1 vez al año.

### SCREENING POR CITOLOGÍA DE ESPUTO Y RX DE TORAX MAYO LUNG PROJECT II (1971-76)

- 1. Población de screening:
  - Detectaron 206 casos de CB.
  - 48% eran CB localizados susceptibles de resección.
  - Tasa de mortalidad: 3.2 / 1000 personas-año.
- 2. Población control:
  - Detectaron 106 casos de CB.
  - 32% eran localizados susceptibles de resección.
  - Tasa de mortalidad: 3.0 / 1000 personas-año.
- ❖ La combinación de RxT y CE cada 4 meses no disminuye la mortalidad por CB comparado con el screening anual.

### SCREENING POR CITOLOGÍA DE ESPUTO Y RX DE TORAX CONCLUSIONES

- Los 5 principales estudios de screening randomizados sugieren que ni la RxT ni CE cumplen el primer criterio: ningún método parece prolongar la expectativa de vida en individuos con CB.
- La IUAC (International Union Against Cancer) afirma que la mayoría de estos estudios pueden no ser válidos porque no incluyen la rama de estudio de "no screening", por lo que no se puede determinar la verdadera eficacia.
- Otros autores argumentan que el tamaño de la muestra no es adecuado.

### SCREENING POR LDCT SCANNING MATSUMOTO, JAPON 1996

- Población de estudio: 5483 personas entre 40-74 años.
  - A todos se les practicó RxT y CE anualmente.
  - A 3967 pacientes se les practicó LDCT + RxT + CE a fumadores.
- Se diagnosticaron 19 CB:
  - 16 (84%) estadio I / 3 estadio IV.
  - 4 CB < 1 cm / 14 CB 1-2 cm.
  - Sólo 1 de los CB < 2 cm era visible en la RxT.
  - Un caso de CB se detectó por CE y no se detectó en LDCT.
- La tasa de diagnóstico de CB fue de 0.48%
- La tasa de diagnóstico de CB antes del CT en la misma área era de 0.03-0.05%.

### SCREENING POR LDCT SCANNING Reunión ASCO (Sociedad Americana de Oncología Clínica) 1999

- Se compararon estudios de Japón con los de la Anti-Lung Cancer Association.
- Se analizaron 2 grupos de pacientes:
  - A 26.000 se les realizó RxT y CE entre 1975-93.
  - A otro grupo además se les realizó LDCT entre 1993-98.
- Resultados:
  - CB diagnosticados: 43 pacientes sin CT / 36 con CT.
  - CB en estadio IA: 42% pacientes sin CT / 81% con CT.
  - Supervivencia a 5 años: 48% sin CT / 82% con CT.
- Conclusión: los resultados sugieren que el LDCT aumenta la posibilidad de diagnosticar CB en estadios precoces, pero no supone una fuerte evidencia de beneficio en cuanto a la mortalidad debido a tiempos potenciales y otras incidencias.

### SCREENING POR LDCT SCANNING The Early Lung Cancer Action Project (ELCAP) 1999

- En Nueva York a un grupo de 1000 fumadores se les realizó LDCT y RxT anualmente.
- En el CT de Base ("prevalencia") se detectaron 1-6 nódulos no calcificados en 233 personas (23%):
  - 27 nódulos eran CB (2.7%).
  - 74% no se detectaron en la RxT.
  - 85% fueron CB estadio I.
  - 97% fueron resecables.
- En el CT del 2º año ("incidencia") se detectaron 63 nódulos no calcificados nuevos (5%):
  - 7 nódulos eran CB (0.59%)
  - 85% eran CB estadio I.
- **Conclusión:** en USA sólo el 20% de los CB diagnosticados casualmente son estadio I. Estos estudios y otros relacionados tienen una alta tasa de falsos positivos.

### SCREENING POR LDCT SCANNING CONCLUSIONES

- Algunos argumentan que el screening con LDCT puede asociarse a una disminución de la mortalidad por CB. Otros argumentan que las conclusiones pueden reflejar el impacto de tendencias, más que un efecto verdadero.
- El LDCT detecta más rápidamente y en estadios más precoces el CB, pero esto no equivale necesariamente a mejoría en la expectativa de vida, ya que pueden ser lesiones malignas de baja agresividad.
- El daño provocado a las personas sometidas a screening (y a la sociedad) puede ser mayor que el beneficio conferido a los que se les ha diagnosticado un CB. Estos daños serían debidos a los elevados costes del screening y a la morbilidad y ansiedad asociada a los resultados falsos positivos.

**DEMORAS EN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CB  
EXPERIENCIA 12 OCTUBRE Y GCCB-S**

- ❖ Se ha establecido que la demora máxima para paciente con CB no debe ser > 6-8 semanas entre 1ª consulta y la toracotomía (CHART Steering Committee 1996; Community Health Assessment Resource for Texas de la Escuela de Salud Pública de Houston).
- ❖ Entre octubre 95 y septiembre 96 se operaron 598 casos en el GCCB-S y 49 casos H12o:
  - GCCB-S: - 64% demora diagnóstico-toracotomía > 30 días.
    - 6% demora > 90 días.
    - demora media global 45.15 días (DT 34.7 días).
  - H12o: - tiempo medio sospecha y BF: 9.5 días.
    - 79.5% demora diagnóstico-toracotomía > 30 días.
    - demora media global 53.5 días (DT 22 días).
    - demora total sospecha-tratamiento: 63 días (IC 95%: 57-72, DT: 28.7 días).
- ❖ Los intervalos de tiempo son mayores en pacientes con estado quirúrgico-patológico más avanzado.

**DEMORAS EN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CB  
EXPERIENCIA 12 DE OCTUBRE Y GCCB-S II**

- ❖ El intervalo entre sospecha y diagnóstico es clínicamente asumible, aunque mejorable; pero la demora entre diagnóstico y toracotomía es excesiva.
  - ❖ Demora diag-terapéutica GCCB-S: 45.15 días (DT 34.7).
  - ❖ " " " H12o: 53.5 " (DT 22).
  - Los 8 días más en nuestro hospital se deben a la mediastinoscopia sistemática y a que se detectan más estadios IIIA.
- ❖ En el H12o la demora total (sospecha-toracotomía) es de 63 días; en el Reino Unido 82 días.
- ❖ Aún en el caso que no fuesen un factor predictivo de peor supervivencia, unas demoras tan prolongadas no son tolerables ni para el paciente ni para el médico.

**INFLUENCIA DEL RETRASO DIAGNOSTICO EN LA SUPERVIVENCIA EN  
CASO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CB  
EXPERIENCIA GCCB-S**

- ❖ Se analizaron 1082 pacientes en estadios I y II de CBNCP intervenidos entre octubre-1993 y septiembre-1997.
  - ❖ Retraso terapéutico medio 35 días (1-154) y supervivencia media de 52 meses (45.6-58.3).
  - ❖ En el estudio estadístico se incluyeron como variables: retraso terapéutico, edad, histología, estadio clínico, estadio patológico.
  - ❖ El retraso terapéutico se incluyó como variable cuantitativa y cualitativa y una comparación entre intervalos de retraso (1-20 vs 21-40 vs 40-41 vs >60).
  - ❖ El análisis univariante y la regresión multivariante de Cox mostraron que la edad (> 70 años), el estadio clínico (I vs II) y el estadio patológico influyen en la supervivencia.
  - ❖ Para la histología y para el retraso NO SE OBSERVAN DIFERENCIAS en la supervivencia en ninguno de los intervalos, incluso cuando comparamos intervalos extremos.
- ❖ **Conclusión:** NO encontraron influencia del retraso terapéutico en la supervivencia.

**INFLUENCIA DEL RETRASO PREOPERATORIO EN EL PRONOSTICO EN  
ESTADIOS PRECOZES DE CBNCP  
QUARTERMAN R.L. Universidad de Carolina del Sur**

- ❖ Se revisaron las historias de pacientes en estadios I y II de CBNCP intervenidos entre 1989 y 1999: se analizó edad, raza, sexo, historial médico, fecha diagnóstico, fecha y tipo resección, estadio patológico y fecha de muerte o última fecha de seguimiento.
- ❖ Se efectuó un análisis de supervivencia tipo Kaplan-Meier para evaluar el efecto del retraso desde diagnóstico a intervención.
- ❖ Se encontraron 84 pacientes (edad media 66 años):
  - ❖ Intervalo preoperatorio 82 días (rango 1-641 días).
  - ❖ Seguimiento medio 3.3 años (rango 5 días – 11.9 años).
  - ❖ Supervivencia media 3.7 años.
  - ❖ Supervivencia media a 5 años 40%.
  - ❖ " " a 5 años específica para enfermedad 63%.

**INFLUENCIA DEL RETRASO PREOPERATORIO EN EL PRONOSTICO EN  
ESTADIOS PRECOZES DE CBNCP (II)  
QUARTERMAN R.L. Universidad de Carolina del Sur**

- ❖ El análisis del efecto del retraso en la supervivencia media genera un valor de  $P$  de 0.54 y un Intervalo de zar de 1.06 para 90 días de retraso (IC 95% 0.87-1.30).
- ❖ **CONCLUSION:**
  - ❖ Para esta población no hemos sido capaces de detectar un efecto significativo del retraso en el pronóstico.
  - ❖ Aunque los resultados sugieren que el riesgo de seguir en observación nódulos pulmonares indeterminados es bajo, el intervalo de confianza 95% es corto; por lo que se requieren muestras mucho más grandes para extraer conclusiones definitivas.

**IMPACTO DEL RETRASO DIAGNOSTICO EN EL ESTADIAJE DEL CB EN  
EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN  
CHRISTENSEN E.D., Rigshospitalet, Copenhagen**

- ❖ Se incluyeron 172 pacientes intervenidos entre enero-94 y junio-95.
- ❖ Se compararon 2 grupos de pacientes: un grupo con buen pronóstico (estadio I y II) y otro con peor pronóstico (III y IV).
- ❖ Se estudiaron 2 intervalos: 1) intervalo desde aparición del primer síntoma hasta la intervención y 2) intervalo desde primer contacto con el SNS hasta la intervención.

**IMPACTO DEL RETRASO DIAGNOSTICO EN EL ESTADIAJE DEL CB EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCION (II)**  
**CHRISTENSEN E.D., Rigshospitalet, Copenhagen**

◆ Resultados:

- ◆ Se encontraron diferencias significativas en el intervalo 1 entre los dos grupos de pacientes:  $P = 0.037$ .
- ◆ Se encontraron diferencias significativas en el intervalo 2:  $P = 0.017$ .
- ◆ El CB fue un hallazgo casual más frecuente en pacientes en estadio I y II respecto a pacientes en estadio III y IV:  $P = 0.0002$ .

◆ Conclusiones:

- ◆ Unos pocos meses de retraso antes del tratamiento del CBNPC parece tener un impacto en el estadiaje del mismo y por tanto en el pronóstico.
- ◆ Sería lógico pensar que un screening entre grupos de riesgo asintomáticos permitiría diagnosticar el CB en estadios precoces.

**PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CANCER DE PULMON**  
**BIBLIOGRAFIA**

- ◆ Peter B. Bach et al. Screening for Lung Cancer. "A review of the Current Literature". Chest 2003; 123: 72-82 supplement.
- ◆ A. López Encuentra y cols. "Demoras en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico". Arch Bronconeumol 1998; 34: 123-126.
- ◆ Federico G. Aragonese et al. "Influence of delays on survival in the surgical treatment of bronchogenic carcinoma". Lung Cancer 2002; 36: 59-63.
- ◆ René L. Quarterman et al. "Effect of preoperative delay on prognosis for patients with early stage non-small cell lung cancer". J Thorac Cardiovasc Surg 2003; 125: 108-114.
- ◆ E.D. Christensen et al. "The impact of delayed diagnosis of lung cancer on the stage at the time of operation". Eur J Cardiothorac Surg. 1997



### **III.4. NEOPLASIA PANCREÁTICA. CÁNCER DE PANCREAS Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD**

**Ángel de la Calle Santiuste**  
**Jefe de Sección. Servicio de Cirugía General.**  
**Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid**

**RESUMEN.** El cáncer de páncreas es una enfermedad difícil de reconocer, con el índice de supervivencia más bajo a 5 años que cualquier otro tumor maligno. Las causas vienen dadas por un diagnóstico tardío y bajo índice de reseccabilidad. En nuestro país la incidencia es de 7/100.000 habitantes, la edad media de presentación es de 64 años, y con una relación varón/mujer de 1.7/1.

En un 14% la patología se encuentra confinada en la glándula pancreática, enfermedad localmente avanzada en un 65% y en el 21% hay ganglios afectados. Estos datos nos indican que cuando se llega a un probable diagnóstico la enfermedad se encuentra extendida en el 85% de los pacientes más allá de los límites del órgano.

Con relación a su etiología se han descrito hábitos dietéticos, alcohol y tabaco, pancreatitis crónica, diabetes, genética y exposición a largo plazo a los derivados del petróleo.

Clínicamente, salvo cuando aparece ictericia, los pacientes presentan síntomas inespecíficos de difícil concreción diagnóstica para indicar las pruebas adecuadas. Si historia clínica, pruebas y hallazgos quirúrgicos son consistentes con el diagnóstico, la probabilidad de la presencia del tumor es más del 90%.

La mejor respuesta terapéutica se obtiene con la cirugía. La edad y tamaño del tumor no son contraindicaciones, siendo necesaria la valoración muy cuidadosa de las funciones cardíaca, pulmonar, renal y estado de nutrición. La mortalidad deberá ser menor de un 5% con morbilidad no superior al 35%. La supervivencia, que en los años 70 era de 0.4%, actualmente está en un 20%.

El conocimiento fisiopatológico de esta enfermedad está por devenir, pues existen factores biológicos, psíquicos y sociales que precisan una explicación y que justifiquen cómo en el primero, segundo y tercer años con cirugía curativa viven el 48%, 24% y 17% respectivamente, y sin ella el 23%, 9% y 6% respectivamente. O con resección en estadio I a los dos años el 20% y en estadio IV el 6%.

Según el diccionario de nuestra lengua, pérdida es carencia o privación de lo que se poseía, en este aspecto sería la salud. Y oportunidad, coyuntura o conveniencia de tiempo o de lugar. En patología, los hechos inesperados solo tienen causas cuando ya han sucedido y son históricamente inevitables. Esta enfermedad (cáncer de páncreas) se expresa en un tiempo y un lugar, ajustándose a las características de un continuo, que hace 40 años se definía como relación clínica, en los años 80 proceso asistencial, y actualmente proceso sanitario. En este proceso no solo se ha seguido el método científico basado en la evidencia, sino también el tipo de medicina denominada bio-psi-

cosocial. Pero en el desarrollo del proceso: cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y seguimiento puede haber desviaciones, no solo del servicio sino también de los pacientes. Y en las desviaciones sanitarias se verán afectados directa o indirectamente varios sectores, los propios ciudadanos, los políticos, los económicos y los sociales.

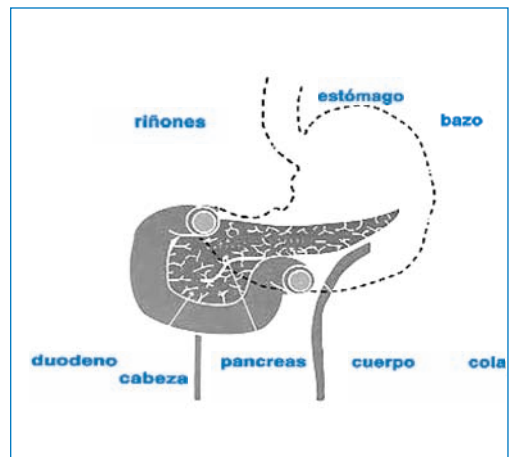
Un diálogo deliberativo entre los diversos agentes, con información y comunicación adecuadas, donde se tengan en cuenta no solo los hechos sino también los valores, con intención de buscar soluciones para los problemas presentes y futuros, conseguirá la reducción de las desviaciones y la disminución de las situaciones de conflicto que puedan llegar en el proceso sanitario. La pérdida de oportunidad es un tema de actualidad, por lo que no existen criterios muy uniformes en cuanto a conceptos, factores a analizar y resoluciones a tomar. Es un tema que afecta considerablemente al ejercicio profesional, especialmente el hospitalario, y que puede reflejarse en la calificación del servicio u hospital, en la consideración pública de éstos y en la trascendencia legal de los actos sanitarios.

A continuación incorporamos la presentación iconográfica de la exposición del ponente.

**AEGRIS. 2005**

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA OPORTUNIDAD  
I JORNADA TECNICA DE PRIMAVERA SOBRE GESTION  
DE RIESGOS SANITARIOS**

**A. DE LA CALLE SATIUSTE  
CIRUGÍA GENERAL, APARATO DIGESTIVO Y  
TRASPLANTE DE ORGANOS ABDOMINALES  
HOSPITAL "12 DE OCTUBRE". MADRID.**



**AEGRIS. 2005**

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA  
OPORTUNIDAD  
EN MOMENTO DE DIAGNOSTICO**

- ❖ 14% NEOPLASIA CONFINADA EN GLANDULA
- ❖ 65% ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA
- ❖ 21% ENFERMEDAD CON AFECTACION GANGLIONAR

**AEGRIS. 2005**

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA  
OPORTUNIDAD  
EPIDEMIOLOGIA**

- ESPAÑA 7/100.000
- EDAD MEDIA 64 años
- HOMBRE/MUJER 1,7/1
- INCREMENTOS ULTIMOS 40 AÑOS
  - 164 % MUJERES
  - 200 % HOMBRES

AEGRIS. 2005

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA OPORTUNIDAD  
BIBLIOGRAFIA**

- \* SOCIEDAD ESP. PATOL. DIGESTIVA. Rev. Esp. Enfer. Dig. 2004; 96 (10),714-722.
- \* ASOCIACION ESPAÑOLA CIRUJANOS:
  - Cir. Esp. 2002; 71(4): 201-6
  - Libro. 2005, Corp. 61: 573-584.
- \* POSICION ASOCIACION MEDICA DE GASTROENTEROLOGIA NORTEAMERICANA
  - Gastroenterology 1999; 117:1463-1484
  - Cancer. 1978; 42: 2494-2506.
- \* RECOMENDACIONES SOBRE DIAG. Y TRATAMIENTO DE LOS TR. APTO. DIGESTIVO.
  - Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid. 1996. 157-188.
- \* ACTUALIZACIÓN EN CIRUGIA DEL APTO. DIGESTIVO. E. MORENO GONZALEZ . VOL. III y Vol. X.

AEGRIS. 2005

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA  
OPORTUNIDAD**

**PERDIDA: CARENCIA O PRIVACION DE  
LO QUE SE POSEÍA  
OPORTUNIDAD: COYUNTURA O  
CONVENIENCIA DE TIEMPO O DE LUGAR**

DICC. DE LA LENGUA ESPAÑOLA. ESPASA.

En patología, los hechos inesperados sólo tienen causas cuando ya han sucedido y son históricamente inevitables.

AEGRIS. 2005

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA  
OPORTUNIDAD  
CAMBIOS**

RELACION CLINICA	PROCESO ASISTENCIAL	PROCESO SANITARIO
* CONFIANZA * PATERNALISTA	* MEDICINA BASADA EN LA PRUEBA * AUTONOMÍA * CALIDAD	* MED.BIO-PSICO-SOCIAL * ETICA CLINICA * CALIDAD TOTAL

AEGRIS. 2005

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA  
OPORTUNIDAD  
METODO CIENTIFICO**

HIPOTESIS	TESIS	SINTESIS	HIPOTESIS
* SINTOMAS * SIGNOS	* DIAGN.	* DIAGN. * TTO.	* SEGUIMIENTO

AEGRIS. 2005

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA  
OPORTUNIDAD  
DESVIACIONES**

- ❖ TOMA DE DECISIONES EN SITUACION DE INCERTIDUMBRE
- ❖ PROBABILIDAD Y NO CERTEZA EN RESULTADOS

AEGRIS. 2005

**NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA  
OPORTUNIDAD  
FACTORES EN DESVIACION**

- ✓ ENFERMO Y FAMILIARES
- ✓ PERSONAL SANITARIO
- ✓ SOCIALES
- ✓ ECONOMICOS
- ✓ POLITICO
- ✓ AUTONOMIA
- ✓ BENEFICENCIA
- ✓ MALEFICENCIA
- ✓ JUSTICIA



National Cancer Institute - **Cáncer del páncreas (PDO®)**  
... **Cáncer del páncreas (PDO®)**. Tratamiento ... Contact Us | Policies | Accessibility | Site  
Help | Site Map. A Service of the National Cancer Institute ...  
www.ncl.nih.gov/espanol/pdq/tratamiento/pancreas/Patient - 51k -  
En caché - Páginas similares

**Cáncer del páncreas**  
... Etapas Del **Cáncer Del Páncreas**. Descripción General De Las Opciones De  
Tratamiento. Opciones De Tratamiento Para El **Cáncer Del Páncreas** En Etapa I ...  
www.meb.un-bonn.de/cancer/pancreas/20064.html - 39k - En caché - Páginas similares

Le **cáncer du páncreas** Causes. Symptômes Diagnostic. Traitement ...  
... Le **cáncer du páncreas** touche presque toujours le partie de la glande qui sécrete les ...  
Les symptômes du **cáncer du páncreas** sont toujours atypiques. ...  
www.prevention.ch/cancerpancreas.html - 20k - En caché - Páginas similares

**Pancreatic Cancer**. The **Cancer Information Network** - [ Traduzca esta página ]  
... Fighting the **Battle of Pancreas Cancer** - Learn how to **battle this cancer** that ... useful  
tips, and inspiration to help you deal with **pancreas cancer** ...  
www.cancerinkusa.com/pancreas/ - 52k - En caché - Páginas similares

Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble  
... Le **cáncer du páncreas** le plus fréquent est l'adénome carcinome ... Le **cáncer du**  
**pancreas** s'observe essentiellement chez l'homme après 50 ans ...  
www.sante-uf-grenoble.fr/sante/corpmec/Corpus/corpus/question/gast200.htm - 15k -  
En caché - Páginas similares

**Cáncer du páncreas** - Encyclopédie médicale - Doctissimo  
Notre encyclopédie médicale est un véritable puits de science à la portée de tous. Plus 600  
articles pour mieux comprendre les maladies, les symptômes et ...  
www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/ka\_794\_cancer\_pancreas.htm - 78k -  
En caché - Páginas similares

**Cáncer du páncreas** (1- **Cáncer du páncreas** et causes) - La clé des ...  
... Le **cáncer du páncreas** est rare au niveau mondial, comptant pour ... est niche en  
milieux grasses, l'incidence du **cáncer du páncreas** est plus élevée ...  
www.servicieve.com/00/sante/Ca\_des\_maux/Cineua69.html - 17k -  
En caché - Páginas similares

UCSD Cancer Center - **Pancreas** - [ Traduzca esta página ]

**AEGRIS. 2005**

## NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA OPORTUNIDAD

“EL FIN PRACTICO DE LA CIVILIZACIÓN CONSISTE EN OBLIGAR A LA MUERTE, A HACER CADA DÍA MAS LARGA ANTESALA DELANTE DE NUESTRA ALCOBA”.

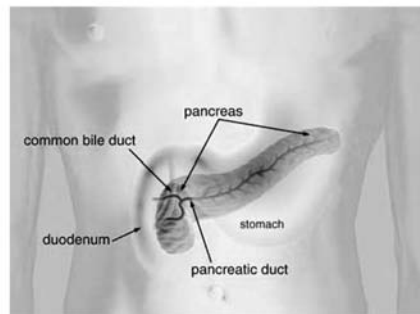
Santiago Ramón y Cajal

**AEGRIS. 2005**

## NEOPLASIA PANCREATICA. PERDIDA OPORTUNIDAD

“CADA UNO ES ARTIFICE DE SU VENTURA”.

Miguel De Cervantes





### **III.5. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD DESDE LA GESTIÓN**

**Juan Carlos Bureo Dacal**  
**Médico Internista. Servicio Extremeño de Salud**  
**(Transcripción del audio)**

El concepto de pérdida de oportunidad es nuevo para mi, como al parecer lo es para otros ponentes no pertenecientes al campo jurídico, y nuevo también el concepto de cómo tiene que actuar el médico para evitar esta pérdida de oportunidad.

Pero por todo lo que estamos escuchando, por lo que han dicho los juristas y ahora los médicos que antes han intervenido, es lo que hacemos nosotros a lo largo de toda la historia de la medicina: continuamente estamos queriendo luchar con esta pérdida de oportunidad, desde el diagnóstico hasta el final del proceso asistencial, que ojalá sea bueno.

Yo no sabía lo que les iba a decir sobre este novedoso concepto; lo que he hecho es considerar las sentencias que nos han presentado antes y ver qué podía extraer, qué puntos podía sacar un médico de lo que dicen las sentencias. Ya se ha comentado aquí que la jurisprudencia no es clara, unas sentencias dicen una cosa y otras, cosas diferentes; yo no soy jurista y por lo tanto no voy a intervenir en eso pero, ¿qué puedo decir yo como médico de lo que dicen los jueces de la pérdida de oportunidad?

De todo lo que he escuchado he sacado cuatro o cinco conclusiones, cuatro o cinco notas que creo de interés; hay que tener en cuenta que soy el único médico no cirujano, no quirúrgico, de los que estamos en la mesa; también soy el único al que no se le ha encargado que hable de un órgano concreto, por eso me van a permitir que no les haga una presentación tan brillante como las que hemos tenido en las cuatro anteriores hablando cada uno de un órgano concreto y de la pérdida de oportunidad de un órgano concreto.

Yo soy un internista y comentaré algunas circunstancias en relación con el contenido de las sentencias, en relación con la interpretación que dan algunos medios especializados del ámbito médico.

1. En primer lugar, lo han dicho también mis compañeros antes, haré algún comentario sobre la fiabilidad de la historia clínica, que es fundamental. Los internistas, si hay algo de lo que nos preciamos, es que nos enseñaron a hacer historias clínicas, pero no solo a hacerlas sino a contarlas, a escribirlas, a dejarlas ahí, a que hubiera constancia de la misma.

Nos han puesto antes una sentencia de una abruptio placentae, en la que precisamente absolvieron a los médicos porque habían hecho una buena historia clínica. Por eso vuelvo a insistir hasta la saciedad en el tema de la medicina basada en pruebas o basada en la evidencia, y de los niveles de evidencia: es fundamental el reflejarlo en la historia clínica y dejar constancia de los protocolos. Esta es la primera conclusión que he sacado leyendo el resumen de las sentencias.

2. La segunda reflexión es sobre un término jurídico, el valor de la prueba; ya han comentado antes los juristas el valor de la prueba, el valor del informe del perito.

Yo he visto en las sentencias que nos han comentado el valor que para algunos casos tenía que el perito hiciera una buena peritación; según se decantara en un sentido o en otro, cambiaba radicalmente todo. Por eso el interés en que se sigan esos protocolos que nos habéis expuesto también en el proceso asistencial de los cuatro tumores objeto de las ponencias, y también en otras patologías. Yo sigo insistiendo en la historia clínica, en que reflejemos los protocolos en ella, para que no pueda haber esa diferencia en peritación, que no pueda ser que un tribunal sentencia una cosa u otra en función de que haya un perito mejor que otro. Y en el término perito se incluyen tanto los que pueden ser propios de la administración sanitaria como los que pueden ser contrarios o del paciente, que todos actúen en función de los protocolos, no puede haber sentencias radicalmente diferentes en función de quien perite.

3. El siguiente punto que deseo comentar se refiere al screening o despistaje de las posibles patologías. Una sentencia de las referidas me chocó bastante: hablaba sobre todo de los problemas del diagnóstico diferencial. Yo soy internista y una parte fundamental de mi trabajo es precisamente hacer diagnósticos diferenciales; con frecuencia no hay evidencias iniciales; yo hago un planteamiento de la situación del paciente y en función de la historia, de la anamnesis y la exploración hago un diagnóstico diferencial, y en función de esto llego a una conclusión, llego a un diagnóstico y a un posible tratamiento.

Pero se presentó una sentencia que decía que aunque el paciente no tuviera datos específicos, o sólo tuviera datos clínicos inespecíficos, en concreto un cáncer de pulmón, se tenían que haber agotado todas las posibilidades aunque no tuviera nada. Eso, primero, es inconsistente con algunas, y perdón que me meta en términos jurídicos, sentencias del Tribunal Supremo, que dicen que no hay que agotar todo tipo de baterías de pruebas; pero, además, sobre todo, a mi como internista me obligaría a hacer todas las pruebas habidas y por haber; pero más aún, en esta patología concreta, un cáncer de pulmón, un screening previo, un TAC hasta un PET, habría que hacérselo en teoría a todos los pacientes.

Y nos han dicho hasta la saciedad que diagnosticar un tumor en fases precoces es lo mejor que podemos hacer para el paciente, pero también nos ha dicho el Dr. Hellín, que nos ha estado hablando de cáncer de pulmón, que ni siquiera haciendo TAC continuamente se llega a una evidencia clara, y sobretodo tampoco hay una evidencia clara de reducción de la mortalidad. Y no solamente esta dificultad o imposibilidad estructural para llegar a realizar toda esa batería de pruebas a toda la población que presente algún signo; también tendríamos que preguntarnos sobre el riesgo para las personas que tiene hacer las pruebas de esos screening, ya que un TAC por baja que sea la radiación emitida tiene casi 500 veces más que una radiografía de tórax convencional y, según se nos ha estado contando, hacerles un TAC hasta tres y cuatro veces a cada paciente es un riesgo evidente. Como también es evidente el riesgo que tienen algunas sentencias cuando nos exigen a los médicos que cumplamos todo lo establecido en todos los protocolos y llevemos el diagnóstico diferencial hasta el final.

Leyendo la prensa diaria cuyos destinatarios son los sanitarios sobre las sentencias de pérdida de oportunidad, o las interpretaciones que hacen de esas sentencias, el problema que ha dado lugar a la sentencia favorable o desfavorable ante una pérdida de

oportunidad, en casi todas ellas, ha sido por un problema en el diagnóstico diferencial; había dificultad en el diagnóstico diferencial o porque la presentación clínica del paciente era diferente.

Afortunadamente creo que sólo había una sentencia en ese sentido, el de hacerle a un paciente todo el screening de todo el diagnóstico diferencial.

4. Luego han comentado, sobretodo el Dr. Angel de la Calle, el tema de las listas de espera. También en este apartado he visto algunas sentencias que me llaman un poco la atención.

En primer lugar se dice que la lista de espera es un ente jurídico siempre y cuando se cumplan una serie de requisitos para la inclusión de los pacientes en la misma. Pero sin embargo, si ese paciente sufre un empeoramiento o fallece durante el tiempo de espera, eso puede dar lugar a una indemnización.

Yo, actualmente en la gestión sanitaria, gestiono listas de espera y lo tengo muy difícil con eso; lo que intento es que la lista de espera sea lo más fiel posible, que se introduzca quien se tiene que introducir con las prioridades que marquen quien las tiene que marcar.

Pero haciendo bien todo lo anterior, si en ese tiempo de espera, por la razón que sea, por la biología del tumor existe probabilidad de que el tumor aumente de tamaño como se ha comentado antes, ocurre un acontecimiento adverso no se si la situación producida se considera una situación antijurídica

En alguna sentencia se nos dice que aunque se haya hecho todo bien, si un paciente que está bien incluido en una lista de espera sufre una complicación o fallece inmediatamente se genera responsabilidad.

5. Y el ultimo comentario que quiero hacer, como decía el Dr. Angel de la Calle, para entrar en diálogo que es lo importante es sobre el tema de la autonomía del paciente.

Me han llamado la atención y me han gustado las sentencias que ha habido de pérdida de oportunidad por falta de consentimiento informado. Yo soy un defensor a ultranza del consentimiento informado, no como una cuestión jurídica que está en la ley y es obligatorio sino precisamente por la calidad asistencial, porque es una muestra de calidad asistencial.

Las sentencias comentadas no indemnizan por la omisión administrativa o de la *lex artis* que supone la falta de consentimiento informado; sino por la quiebra de la autonomía del paciente, que no pudo tomar la decisión que a él le competía.



## CAPÍTULO IV

# **¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS INFORMES TÉCNICOS?**

### **1. ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS INFORMES TÉCNICOS?**

JULIÁN PEDRO PAREDES MARTÍNEZ  
Inspector de Servicios Sanitarios

### **2. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD: UN ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

JULIO BERMEJO CRESPO  
Médico de Familia. Las Rozas. Madrid

### **3. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD: UN ABORDAJE DESDE LA GERENCIA**

JESÚS LOPERA FLORES  
Director Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ceuta.



## IV.1. ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

Julián Pedro Paredes Martínez  
Inspector de Servicios Sanitarios

Las posibilidades de abordaje de este concepto en los informes técnicos que realizamos los Inspectores de Servicios Sanitarios, en los Expedientes de Responsabilidad Patrimonial derivada de la asistencia sanitaria prestada dentro del Sistema Nacional de Salud, podemos clasificarlas en dos epígrafes:

- 1) En su aspecto jurídico.
- 2) Bajo un punto de vista médico-clínico.

### 1. Aspecto jurídico

**¿A qué me refiero cuando digo aspecto jurídico? Evidentemente no soy Licenciado en Derecho y resultaría pretencioso por mi parte, además de inadecuado, que intentara abordar el informe bajo este punto de vista. Creo que debemos evitar en nuestros informes el afirmar o negar si hubo pérdida de oportunidad.**

La pérdida de oportunidad es un término jurídico que nos viene definido en las sentencias, que al igual que otros términos, con el paso del tiempo se han incorporado a la terminología médica, como sucede con “lex artis”, aunque realmente la definición sea jurídica.

Veamos a modo de ejemplo cómo se describe “lex artis” en algunas sentencias:

(STS 29-06-90; STS 23-03-93)

***“Lex artis a efectos jurídicos se entiende por tal el criterio valorativo de la **corrección del concreto acto médico** ejecutado por el médico que **tiene en cuenta las técnicas habituales contrastadas**, las **especiales características de su autor**, de la profesión, de la **complejidad y trascendencia vital del paciente** y, en su caso, la **influencia de otros factores endógenos**, todo encaminado a **calificar el acto conforme o no al estado de la ciencia**”.***

En términos jurídicos, en unas ocasiones se asocia el incumplimiento de la “lex artis” con la pérdida de oportunidad. Esto parece lógico, ya que si hubo un error diagnóstico o de tratamiento, o bien no se utilizaron todos los recursos disponibles, existió una pérdida de oportunidad. Pero en otras sentencias, aun reconociendo que no se incumplió la “lex artis”, se han dado una serie de circunstancias, que en su momento enmascararon la patología grave que tenía el paciente, y nada lo hizo sospechar, por lo que no se emplearon medios diagnósticos que la hubieran descubierto.

Ejemplo: sentencia AN 05/11/03. Recurso 601/2001.

Paciente de 56 años que sufrió una caída en enero de 2000, siendo diagnosticado de lumbalgia y esguince de tobillo. Desde el 3 de febrero de 2000 y hasta el día de su fallecimiento por cáncer de pulmón, el 17 de abril de 2000, el paciente ante el empeoramiento progresivo de su salud, acudió en 8 ocasiones al Médico de Atención Primaria y en 4 al Servicio de Urgencias Hospitalario, sin ser ingresado hasta 4 días antes de su fallecimiento. En este caso la Sala considera *“probado que ha existido un mal funcionamiento del servicio de sanidad en cuanto no se hizo un diagnóstico preciso en un tiempo prudencial”*, pero no estima que ninguno de los profesionales que atendió al paciente haya incumplido la *“lex artis”*, ya que se utilizaron los medios diagnósticos y de tratamiento acordes a los síntomas que presentaba, si bien ante la persistencia de la lumbalgia se podría haber realizado un TAC que identificase las metástasis vertebrales.

Como conclusión creo que no debemos abordar estos aspectos jurídicos en los informes realizados por los Inspectores de Servicios Sanitarios, ni realizar en ellos comentarios respecto a cumplimiento de *“lex artis”* o respecto a *“pérdida de oportunidades”*, y mucho menos afirmaciones en este sentido, ya que ello corresponde a los jueces.

## **2. Aspecto médico-clínico**

Este es para mí, el único enfoque que debemos dar a nuestros informes.

En este contexto, se podría definir la pérdida de oportunidad como el momento o período asistencial, durante el diagnóstico o el tratamiento de un paciente, en el que se ha omitido alguna actuación clínica, que posteriormente se reconoce que podría haber sido efectiva.

A posteriori, una vez que se conoce el diagnóstico de una patología, se pueden concretar qué pruebas nos hubieran llevado antes a descubrirla. Pero hay que ser objetivos en esta apreciación, ya que cuando no existen síntomas que nos hagan sospechar la patología que posteriormente se descubre, no se justificaría hacerlas, ni tampoco es posible realizarlas todas de forma sistematizada.

Es en esta abstracción que debemos realizar, para situarnos en el mismo contexto del médico que prestó la asistencia, en donde reside, a mi criterio, la gran dificultad a la hora de realizar los informes técnicos, para analizar solamente los signos y síntomas que presentaba el paciente; el entorno del lugar donde se prestaba la asistencia; los medios diagnósticos disponibles; carga de trabajo, situación de urgencia etc.

Para ser realmente objetivos debemos valorar todos estos factores, ya que no se puede exigir la misma disponibilidad de medios diagnósticos y de recursos humanos, en un hospital comarcal de 100 camas, que en uno de referencia de 1000. El no disponer de la posibilidad de realizar interconsulta con determinadas especialidades, como sucede en los hospitales pequeños, limita mucho la capacidad de diagnóstico y tratamiento.

Es muy fácil afirmar una vez conocido el resultado final de un proceso clínico, que si se hubiese realizado una determinada prueba se podría haber conocido la patología que tenía el paciente y por tanto tratarla. Estas afirmaciones en mi opinión, son al menos temerarias, y cuando se realizan, generalmente por otro médico distinto al que prestó la asistencia, sólo consiguen crear en los pacientes, o peor aún en los familiares en caso de fallecimiento, el sentimiento de que se ha producido una negligencia que se podría haber evitado.

Este sentimiento, de que la secuela o la muerte se podría haber evitado, es casi imposible que desaparezca en los afectados, y perdura, incluso una vez agotada la vía administrativa y judicial de la reclamación patrimonial, aún cuando no se haya demostrado que se prestó una deficiente asistencia sanitaria.

En otras ocasiones, tras el análisis de la situación clínica vivida, se confirma que existían datos clínicos o síntomas que son característicos de determinadas patologías y por lo tanto deberíamos haber pensado en esa posibilidad y realizar las pruebas diagnósticas necesarias para confirmar su existencia e iniciar el tratamiento.

En estos casos, además de proponer que se llegue a un acuerdo indemnizatorio con los reclamantes, se deben extraer conclusiones y realizar las propuestas oportunas, para evitar que se repitan situaciones similares.

Debemos aprender de los errores, y estos casos son una fuente de conocimiento muy importante para detectar fallos del sistema, o detectar situaciones imprevisibles o inverosímiles, que nunca antes se habían dado y que a partir de ese momento podemos sospecharlas. Se debe ser totalmente sincero en la explicación que se dé a los afectados, de los hechos sucedidos, y exponer con toda humildad, que ni la ciencia médica lo puede todo, ni los profesionales de la medicina, como humanos que son, nunca se equivocan en sus decisiones.

La obligación de los profesionales de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación se concreta en prestar la debida asistencia médica y no en garantizar la curación del enfermo.

Por último y como resumen, y en relación a los informes técnicos:

- No entrar a valorar aspectos jurídicos.
- Abstraernos de lo que conocemos posteriormente, y situarnos en el momento y lugar cuando se prestó la asistencia sanitaria.
- Aprender de los errores.
- Identificar aquellos casos nuevos e imprevisibles.
- Evitar generar desconfianza de los usuarios hacia el Sistema Sanitario.

A continuación incorporamos la iconografía facilitada por el ponente.

## I JORNADA TÉCNICA DE PRIMAVERA. AGRIS.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

Dr. Julián P. Paredes

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- Las posibilidades de abordaje de este concepto en los informes técnicos que realizamos los Inspectores de Servicios Sanitarios, Zen los Expedientes de Responsabilidad Patrimonial derivada de la asistencia sanitaria prestada dentro del Sistema Nacional de Salud, podemos realizarlo de dos maneras:
  - En su aspecto jurídico.
  - Bajo un punto de vista médico-clínico.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- 1.- ASPECTO JURÍDICO
  - Creo que debemos evitar en nuestros informes el afirmar o negar si hubo "pérdida de oportunidad".
  - Es un término jurídico que nos viene definido en las sentencias, al igual que otros términos, que con el paso del tiempo se han incorporado a la terminología médica, aunque realmente la definición sea jurídica, como sucede con "lex artis".

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- 1.- ASPECTO JURÍDICO
  - "LEX ARTIS" A EFECTOS JURÍDICOS SE ENTIENDE POR TAL EL CRITERIO VALORATIVO DE LA CORRECCIÓN DEL CONCRETO ACTO MÉDICO EJECUTADO POR EL MÉDICO QUE TIENE EN CUENTA LAS TÉCNICAS HABITUALES CONTRASTADAS, LAS ESPECIALES CARACTERÍSTICAS DE SU AUTOR, DE LA PROFESIÓN, DE LA COMPLEJIDAD Y TRASCENDENCIA VITAL DEL PACIENTE Y, EN SU CASO, LA INFLUENCIA DE OTROS FACTORES ENDÓGENOS, TODO ENCAMINADO A CALIFICAR EL ACTO CONFORME O NO AL ESTADO DE LA CIENCIA.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- En términos jurídicos, en unas ocasiones se asocia el incumplimiento de la "lex artis" con la "pérdida de oportunidades".
- En otras sentencias, aun reconociendo que no se incumplió la "lex artis", se estima parcialmente el recurso

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- Ejemplo: sentencia AN 05/11/03. Recurso 601/2001.
- Paciente de 56 años que sufrió una caída en enero de 2000, siendo diagnosticado de lumbalgia y esguince de tobillo. Desde el 3 de febrero de 2000 y hasta el día de su fallecimiento por cáncer de pulmón, el 17 de abril de 2000, el paciente ante el empeoramiento progresivo de su salud, acudió en 8 ocasiones al Médico de Atención Primaria y en 4 al Servicio de Urgencias Hospitalario, sin ser ingresado hasta 4 días antes de su fallecimiento.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- En este caso la Sala considera *"probado que ha existido un mal funcionamiento del servicio de sanidad en cuanto no se hizo un diagnóstico preciso en un tiempo prudencial"*, pero no estima que ninguno de los profesionales que atendió al paciente haya incumplido la *"lex artis"*, ya que se utilizaron los medios diagnósticos y de tratamiento acorde a los síntomas que presentaba, sin bien ante la persistencia de la lumbalgia se podría haber realizado un TAC que identificase las metástasis vertebrales.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- Como conclusión creo que no debemos abordar estos aspectos jurídicos en los informes realizados por los Inspectores de Servicios Sanitarios, ni realizar en ellos comentarios respecto a cumplimiento de *"lex artis"* o respecto a *"pérdida de oportunidades"*, y mucho menos afirmaciones en este sentido, ya que ello corresponde a los jueces.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- **2.- ASPECTO MÉDICO-CLÍNICO**
  - En este contexto, se podría definir la *"pérdida de oportunidad"* como el momento o período asistencial, durante el diagnóstico o el tratamiento de un paciente, en el que se ha omitido alguna actuación clínica, que posteriormente se reconoce que podría haber sido efectiva.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- **2.- ASPECTO MÉDICO-CLÍNICO**
  - A posteriori, una vez que se conoce el diagnóstico de una patología, se pueden concretar qué pruebas nos hubieran llevado antes a descubrirla, aún cuando no existían síntomas que nos hubieran hecho sospecharla
  - No habría estado justificado hacerlas, ni tampoco es posible realizarlas todas.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- **2.- ASPECTO MÉDICO-CLÍNICO**
  - Es en esta abstracción que debemos realizar, para situarnos en el mismo contexto del médico que prestó la asistencia, en donde reside, a mi criterio, la gran dificultad a la hora de realizar los informes técnicos
    - analizar solamente los signos y síntomas que presentaba el paciente
    - el entorno del lugar donde se prestaba la asistencia
    - los medios diagnósticos disponibles
    - carga de trabajo
    - urgencia etc.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- **2.- ASPECTO MÉDICO-CLÍNICO**
  - Algunas afirmaciones que se realizan en informes periciales respecto a que si se hubiese realizado una determinada prueba se podría haber conocido la patología y por tanto tratarla en mi opinión, son al menos temerarias
    - No se aportan pruebas
    - Producen en los pacientes, o peor aún en los familiares en caso de muerte, el sentimiento de que se ha producido una negligencia que se podría haber evitado.
    - Incluso una vez agotada la vía administrativa y judicial, sin que se halla demostrado que se prestó una deficiente asistencia sanitaria.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- **2.- ASPECTO MÉDICO-CLÍNICO**
- Si se confirma que existían datos clínicos o síntomas significativos:
  - proponer que se llegue a un acuerdo indemnizatorio
  - aprender de los errores,
  - realizar las propuestas, para evitar que se repitan situaciones similares
  - ser totalmente sincero en la explicación que se dé a los afectados

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- La obligación de los profesionales de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación se concreta en prestar la debida asistencia médica y no en garantizar la curación del enfermo.

### ¿CÓMO ABORDAR LA SUPUESTA "PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LOS INFORMES TÉCNICOS?

- Por último y como resumen:
  - No entrar a valorar aspectos jurídicos.
  - Abstraernos de lo que conocemos posteriormente, y situarnos en el momento y lugar, cuando se prestó la asistencia sanitaria.
  - Aprender de los errores.
  - Identificar aquellos casos nuevos e imprevisibles.
  - Evitar generar desconfianza de los usuarios hacia el Sistema Sanitario.



## IV.2. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD: UN ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

**Julio Bermejo Crespo**  
Médico de Familia. Las Rozas. Madrid

La extensión de la tendencia jurídica basada en que la pérdida de posibilidad de curación es causa suficiente para reclamar una indemnización, siempre y cuando haya existido una leve posibilidad de que la intervención médica hubiera evitado el daño, puede provocar un cambio radical en la práctica clínica diaria de la Atención Primaria (AP).

Esta afirmación se fundamenta en la previsible confrontación entre la pérdida de posibilidad de curación y la atención longitudinal entendida como un elemento característico de la AP.

### Elementos conceptuales de la AP

Integral  
Integrada  
Continuada  
Permanente  
Activa  
Accesible  
Basada en equipos interdisciplinarios  
Comunitaria y participativa  
Programada y evaluable  
Docente e investigadora

La atención continuada y permanente, la atención de los síntomas iniciales y a veces muy difusos son la realidad fundamental y característica de la AP.

Este concepto queda mejor definido en la figura 1, en la que se desarrolla la evolución cronológica de la enfermedad y las actividades de los servicios de salud.

¿Cómo afrontar este reto?

Tres principios fundamentales deben constituir el paradigma de la organización sanitaria:

- 1) Búsqueda de la excelencia.
  - Aumentar la formación continuada.
  - Adecuada organización de los servicios.
  - Actividades de calidad asistencial en los equipos.

- 2) Garantizar la seguridad.
  - Orientación de los servicios a la prevención de los efectos adversos.
  - Puesta en marcha de programas de Gestión de Riesgos en AP.
- 3) Favorecer la confianza y la credibilidad de la población en los profesionales sanitarios.

### **Abordaje de informes técnicos**

Valorar las actuaciones que justifican el tratamiento clínico de un paciente pasa por encuadrar un caso individual en un conjunto de conocimientos o marco nosológico concreto (síndrome o enfermedad clínica). Esto permite estructurar un proceso lógico, del que se pueden identificar diferentes etapas:

- 1) Reconocimiento o diagnóstico del problema clínico
- 2) Valoración pronóstica
- 3) Instauración de un tratamiento adecuado

Una práctica clínica correcta no es posible sin un diagnóstico ordenado, seguido de un pronóstico que en muchos casos decidirá el tratamiento. En cualquiera de estos pasos el clínico debe tomar decisiones, con frecuencia en un contexto de conocimientos limitados tanto por la propia naturaleza de la enfermedad como del conocimiento médico actual, y en tercer lugar porque la mayoría de las entidades nosológicas están representadas de forma conceptual pero no operativa. La consecuencia de esta situación es la gran variabilidad clínica del entorno en AP.

Para despejar las dudas que plantean los escenarios clínicos en los que se ha desarrollado la práctica asistencial que ha provocado una reclamación patrimonial, es exigible la búsqueda sistemática de la información clínica necesaria para localizar la mejor respuesta existente, y así resolver las incógnitas presentes en el caso y actuar en consecuencia.

El modo más adecuado de despejar estos interrogantes es la aplicación del método de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que es un proceso en el que a partir de una situación clínica real, se exponen las dudas generadas en ella en forma de pregunta, y mediante las herramientas y habilidades necesarias se indaga una respuesta a partir de los resultados de investigación más relevantes.

Al entender el proceso asistencial como un desarrollo continuo de acontecimientos clínicos, que constituyen la historia natural de la enfermedad, se pueden explicitar cada una de las decisiones clínicas tomadas y facilitar el análisis de los “puntos críticos” y la cuantificación de las evidencias que avalen o contradigan la adecuación de esas decisiones.

En este curso clínico que discurre entre la aparición de los síntomas iniciales, prosigue con la detección de los signos y síntomas que fundamentan la sospecha diagnóstica, y que continua con la confirmación diagnóstica y finaliza con la instauración de un tratamiento, la práctica clínica basada en la MBE promueve la localización de

la mejor evidencia científica en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes.

Proponemos para la elaboración de los informes técnicos el mismo proceso sistemático que para la práctica clínica basada en la evidencia, y que incluye los siguientes pasos:

1. Identificación del ámbito clínico que ha generado la duda (o reclamación)
2. Elaboración de una pregunta clínica
3. Búsqueda bibliográfica
4. Valoración de las citas
5. Localización de los textos
6. Aplicación de las técnicas de lectura crítica

La figura 2 detalla los objetivos y los requisitos de cada uno de estos pasos.

Por su importancia en la elaboración de un informe y la dificultad que presenta, nos centraremos en la construcción de las preguntas clínicas

## **Elaboración de una pregunta clínica**

La mayor parte de los escenarios clínicos pueden agruparse en una serie de situaciones habituales en las que se plantean dudas a la hora de tomar una decisión, como cuando se requiere una intervención terapéutica o preventiva, indagar las causas por las que se produce una patología, el significado de algún hallazgo clínico, la elección de una prueba diagnóstica o la evaluación del pronóstico de la patología en un momento dado.

Cada escenario corresponde a un ámbito clínico concreto que es necesario identificar, puesto que de él se derivará la identificación del diseño de investigación con mayor fortaleza para aportar las evidencias que permitan tomar la mejor decisión clínica.

Además de en los estudios primarios, la información deseada puede encontrarse en trabajos que integren las evidencias de diferentes estudios sobre una pregunta concreta (revisiones sistemáticas) o estar incluida en guías de práctica clínica que realizan recomendaciones basadas en la evidencia sobre diferentes ámbitos relacionados con un mismo problema de salud.

Se entiende por pregunta clínica la formulación explícita de una duda surgida en el contexto de la práctica clínica y que sigue un esquema estructurado que facilita la posterior localización de la información necesaria para responderla y su evaluación crítica.

El primer tipo de preguntas se denomina preguntas básicas, puesto que se refieren al conocimiento general de una patología, y suelen contener dos componentes:

- 1) Una pregunta con raíz y/o verbo (¿cuál es la causa?, ¿cómo es?).
- 2) Un trastorno o un aspecto de éste.

Se define como pregunta específica relevante aquella susceptible de respuesta, que contiene los cuatro elementos de las preguntas bien construidas:

- 1) Paciente o problema.
- 2) Intervención.
- 3) Comparación de la intervención.
- 4) Efecto.

El desarrollo de los seis pasos que constituyen el proceso de la práctica clínica basada en la evidencia sobrepasa de largo el objetivo de esta ponencia.

Para finalizar destacamos las recomendaciones para la elaboración de un informe técnico, extraídas de los resultados de nuestro estudio descriptivo de las reclamaciones patrimoniales, presentadas en el ámbito de la AP al extinguido Insalud durante los años 1995-2001.

- 1) ¿La variabilidad de la práctica clínica puede explicar los hechos causantes de la reclamación?
- 2) ¿La actuación ha sido adecuada en relación con los medios de que se dispone?
- 3) Las conclusiones del informe deben ser claras, coherentes y con estándares aplicables al momento del incidente.
- 4) Es necesario distinguir entre negligencia/ efecto adverso. Un resultado negativo no es suficiente para hablar de negligencia.
- 5) No hay que excluir otras opciones de tratamiento aceptables.
- 6) Es necesaria la implicación de los gerentes/ directivos.
- 7) Es necesario promover la aportación de la documentación clínica completa en los profesionales sanitarios reclamados.

A continuación incluimos la iconografía

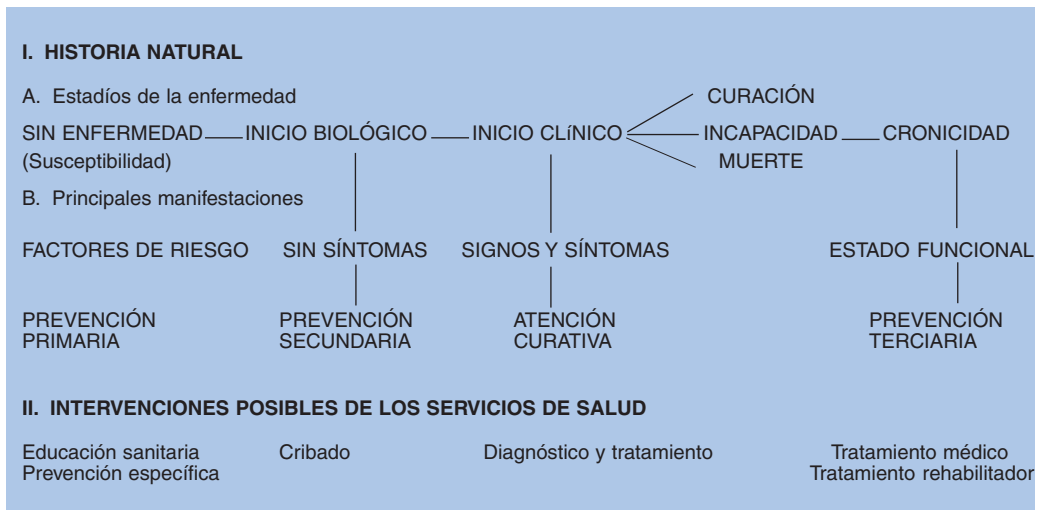


Figura 1

PASOS	OBJETIVO	¿QUÉ SE REQUIERE?
1. Identificación del ámbito clínico en el que se genera la duda.	Reconocer los diseños de investigación más adecuados para resolver la duda.	Conocer los diferentes tipos de estudio y para qué se utilizan.
2. Elaboración de la pregunta clínica.	Sistematizar la duda. Guiar la búsqueda. Comparar con los resultados obtenidos.	Saber identificar cada elemento de la pregunta.
3. Búsquedas bibliográficas.	Identificar el conjunto de referencias bibliográficas entre las que se encuentran los estudios más relevantes.	Conocer la tipología de las bases de datos disponibles y su funcionamiento.
4. Valoración de las citas según los elementos disponibles en la base de datos.	Identificar las evidencias.	Haber construido correctamente la pregunta para utilizarla de comparador.
5. Acceso al texto completo (cuando sea necesario).	Localizar el estudio completo para revisarlo.	Un servicio de obtención de documentos.
6. Aplicación de las técnicas de lectura clínica.	Evaluar validez y utilidad de las evidencias.	Conocer las guías de lectura crítica para el tipo de estudio recuperado.

Figura 2.

## LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN AP

Definición : cambio de 180°



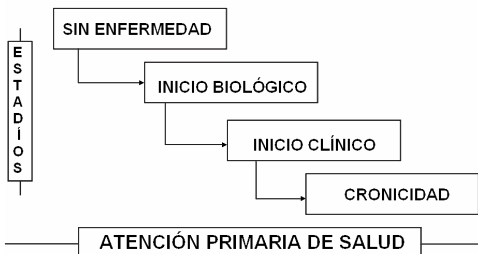
## ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA AP

Integral  
Integrada  
Continuada  
Permanente  
Activa  
Accesible  
Basada en equipos interdisciplinarios  
Comunitaria y participativa  
Programada y evaluable  
Docente e investigadora

## ALGUNAS REFLEXIONES



### HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



### HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



### HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



## ELABORACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS

- Práctica clínica correcta:
  - Reconocimiento o diagnóstico
  - Valoración pronóstica
  - Instauración de un tratamiento.

## ELABORACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS

- Búsqueda sistemática de la información clínica:
  - Proceso asistencial como desarrollo continuo
  - Análisis de los "puntos críticos".

## ELABORACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS

- Medicina Basada en la Evidencia:
  - Situación clínica real como punto de partida
  - Exposición de dudas en forma de pregunta
  - Respuesta a partir de resultados relevantes

## FASES EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES

- Identificación del ámbito clínico que ha generado la duda
- Elaboración de una pregunta clínica
- Búsqueda bibliográfica
- Valoración de las citas
- Localización de los textos
- Aplicación de las técnicas de lectura crítica

## ELABORACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

- PREGUNTAS BÁSICAS:
  - 1º raíz / verbo
    - ¿cual es la causa?
    - ¿cómo es ?
    - ¿ por qué se produce?
  - 2º trastorno clínico, o un aspecto....

## ELABORACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

- PREGUNTAS ESPECÍFICAS
  - Paciente o problema
  - Intervención
  - Comparación de la intervención
  - Efecto

## RECOMENDACIONES

- La variabilidad explica los hechos?
- La actuación es adecuada a los medios?
- Aportación de documentación clínica completa

## RECOMENDACIONES

- No exclusión de otras opciones de tratamiento aceptables
- Implicar a los gerentes / directivos
- Conclusiones claras, coherentes y con criterios aplicables al momento

**NOSOTROS :  
A LO  
NUESTRO**



### **IV.3. LA DOCTRINA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD: UN ABORDAJE DESDE LA GERENCIA**

**Jesús Lopera Flores**

**Director Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ceuta**

Mi intervención se basará en dos ejes fundamentales: en la casuística de las reclamaciones patrimoniales en la Dirección Territorial de Ceuta, y en los comentarios a una sentencia condenatoria sobre un caso muy llamativo de pérdida de oportunidad, producida hace ya bastante tiempo y sobre qué defectos puede haber en la elaboración de un informe que pueden hacer que el sentido de la sentencia tome una u otra dirección.

Como sabemos, los daños indemnizables son aquellos que el paciente no tenga el deber jurídico de soportar y no son indemnizables aquéllos que se derivan de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar.

Los daños, a su vez, deben ser efectivos, no hipotéticos, evaluables económicamente; a esto también se añade la dificultad en la evaluación de los daños que se consideran morales y psíquicos.

En Ceuta, hay tantos o más problemas que en otras ciudades, tanto en cantidad como en la cualidad de las reclamaciones condenatorias, como se puede ver en las diapositivas. La mayoría de las reclamaciones están relacionadas con los errores o retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, que son las causas más comunes en todos los ámbitos territoriales.

Tanto las organizaciones como los profesionales, y también los pacientes, tenemos que fijar nuestra atención en cuáles son los puntos débiles, cuáles son los que generan la mayor parte de las reclamaciones y ahí es donde hay que poner nuestro énfasis. Tenemos que tener en cuenta que nuestras actuaciones en la gestión de riesgos van encaminadas a mejorar la calidad de nuestras prestaciones, no a disminuir las reclamaciones, sabiendo que a mayor calidad de la asistencia menor será el número de reclamaciones.

Pero los médicos a veces llevamos nuestra actividad más a evitar la reclamación o judicialización que a mejorar la calidad.

El resultado final de las reclamaciones es el que aparece en las diapositivas.

El segundo eje de la exposición se fundamenta en un caso bastante llamativo, el hecho se produjo en 1993 y se ha resuelto en 2004. Se trata de un accidente de tráfico, en el que no hay contrario, por exceso de velocidad. El acompañante del conduc-

tor es llevado a urgencias del hospital por un traumatismo craneoencefálico grave, desde el punto de vista clínico.

No se disponía en ese momento del equipamiento preciso para evidenciar este diagnóstico, aunque sí se realizó el diagnóstico desde el punto de vista clínico.

Se solicita el traslado a un centro de mayor nivel asistencial, de manera urgente e inmediata. Esto pone de manifiesto una dificultad añadida para la población de Ceuta, aislada por mar de la península.

Se instauró un tratamiento convencional en urgencias, el paciente mejoró pero poco después empeoró; no fue posible tratarlo en la UVI ya que estaba saturada, lo que da ocasión a opinar que el lugar donde estaba siendo tratado supuestamente no era el adecuado. Al tiempo de llevar a cabo el tratamiento se realizaron las gestiones para lograr el traslado.

Se contactó, aunque no quedó registrado en el expediente, con la autoridad administrativa, que tenía que autorizar el traslado; con la autoridad militar ya que no existía entonces aeródromo civil y con el servicio de helicópteros (ver diapositivas). El enfermo empeoró y se intentó el traslado a un hospital militar que sí tenía camas de UVI. Como a veces ocurre se produce una cierta descoordinación entre el centro de envío y el centro que tenía que recibir al paciente y el traslado, que se hace en ambulancia convencional, se hace tras un intervalo de siete horas. Son situaciones reales, aunque afortunadamente ya superadas.

Se intervino al paciente de un hematoma epidural y posteriormente falleció.

Veamos las situaciones derivadas de lo ocurrido:

Por un lado, un proceso penal, derivado del accidente de tráfico, con inculpación del conductor del vehículo por infracción de tráfico y resultados dañosos para el acompañante. Queda probado que la causa de la muerte fue la gravedad de las lesiones producidas en el accidente. Sentencia firme. Se establece una indemnización económica

De manera paralela se inicia un procedimiento de responsabilidad patrimonial.

¿Cuál es el motivo de la controversia? Saber si la actuación de los servicios sanitarios coadyuvó o fue concausa en el fallecimiento del paciente.

Había ya una sentencia, firme, que establecía cuál había sido el origen de las lesiones. Nuestra defensa alegó la existencia de la sentencia firme y que ya se había producido prescripción para iniciar la reclamación. El Tribunal sentenció que el proceso penal había interrumpido la prescripción y la sentencia, condenatoria, se basa en la demora que hubo en la asistencia. Como no se pudo demostrar, según el informe, que la demora había sido inevitable, el tribunal aceptó parcialmente la pérdida de oportunidad. ¿Qué no estaba obligado a soportar el paciente? Todas las carencias antes expuestas: saturación de la UVI, carencia de helicóptero medicalizado, de ambulancia medicalizada, etc.

A continuación insertamos las diapositivas presentadas por el ponente.

## I JORNADA TÉCNICA DE PRIMAVERA

¿ COMO ABORDAR LA SUPUESTA "PERDIDA DE OPORTUNIDAD" EN LA ELABORACION DE INFORMES CLÍNICOS?

Jesús Lopera Flores

D.T. CEUTA

1

## pérdida de oportunidad

- Basta la existencia de una *cierta probabilidad* de que una actuación médica *hubiese podido evitar* un daño, aunque no pueda afirmarse con certeza, para que proceda la indemnización.
- Doctrina acuñada por el Tribunal Supremo y admitida en dictámenes del Consejo de Estado.

D.T. CEUTA

2

## indemnización

- Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de *daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar* de acuerdo con la Ley.
- No serán indemnizables los daños *que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar* según el estado de los conocimientos de ciencia o de la técnica existentes, en el momento de producción de aquéllos.

D.T. CEUTA

3

## procedimientos de responsabilidad patrimonial

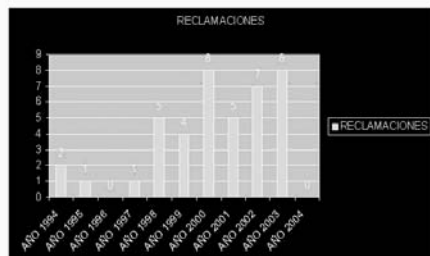
Para poder ser indemnizada, la lesión debe cumplir unos requisitos:

- *Efectivo*: el daño debe ser real, no puede pretenderse la indemnización de daños futuros ni hipotéticos .
- *Evaluable económicamente*: incluye tanto daños físicos, psíquicos y morales.
- *Individualizado*: en relación a una persona o grupo de personas.

D.T. CEUTA

4

## Reclamaciones Patrimoniales periodo 1994-2004 Ceuta



D.T. CEUTA

6

## Tipo de reclamaciones

ASUNTO	NUMERO
CAIDA EN CENTRO SANITARIO	1
PRESTACION ORTOPROTÉSICA	1
LESIONES SERVICIO RADIOLOGIA	1
DEFICIENTE TRASLADO AMBULANCIA	1
REINTEGRO DE GASTOS	2
CONTAGIO ENFERMEDAD GRAVE	2
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	5
FALLECIMIENTOS	5
ERRORES DIAGNÓSTICO	7
ERRORES TRATAMIENTO	13
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>

D.T. CEUTA

6

## Estado de los expedientes

ASUNTO	Nº	R	A	E	D	C	A	OBSERVACIONES
QUEJA EN CENTRO SANITARIO	1						1	
PRESTACION ORTOPÉDICA	1				1			NO RECIBIDA
LESIONES SERVICIO NEURORRADIOLÓGICA	1						1	
DEFERENTE TRASLADO AMBULANCIA	1						1	
RENTADO DE GASTOS	2			1				ANIMADOS LOS MIEMBROS
CONTINGO EMERGENCIA GRAVE	2						1	
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	3	1	2		1		1	SEÑALADO NO RECIBIR
PALSIOSMIEMPOS	3				1	1	1	1. INEFFECTIVA
ERRORES DIAGNÓSTICO	7		1		2		3	2. INADECUADA
ERRORES TRATAMIENTO	22	2	1		1	1	1	2. INADECUADA, 1. INEFFECTIVA, 1. BASTA
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>6 pendientes</b>

D.T. CEUTA

7

## Asistencia inicial

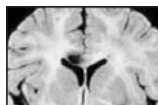


- Paciente que acude a urgencias hospital tras accidente de tráfico.
- El paciente iba como acompañante del vehículo, en la parte delantera.

D.T. CEUTA

8

## Lesiones iniciales



- T.C.E grave.
- Anisocoria.
- Coma neurológico con GSC 9 puntos.
- **A destacar:**
  - Ausencia de TAC en hospital.
  - Ausencia servicio neurocirugía.
  - Ausencia servicio para traslados.

D.T. CEUTA

9

## Traslado a centro de mayor nivel



- Dada la gravedad y ausencia de TAC en centro de origen se decide traslado urgente inmediato a centro de mayor nivel.
- La indicación la establecen 2 especialistas

D.T. CEUTA

10

## empeoramiento

- Tras tratamiento médico inicial se produce empeoramiento del cuadro.
- Mayor nivel de coma con GSC 5 puntos.
- Permanece en urgencias a la espera del traslado por UCI saturada.



D.T. CEUTA

11

## gestiones del traslado



- Se contactó con:
  - Autoridad Gubernativa para autorización del traslado.
  - Autoridad Militar para uso helipuerto militar.
  - Helicóptero de Emergencias para solicitar el traslado.
- **A destacar:**
  - Ausencia de Helipuerto civil.
  - Ausencia UCI móvil.
  - Ausencia de concierto helicóptero sanitario.

D.T. CEUTA

12

## gestiones del traslado (II)



- Ante la demora del traslado y empeoramiento del paciente se traslada a otro centro hospitalario de la ciudad con disponibilidad de UCI.

- A destacar:

- 

D.T. CEUTA

13

## descoordinación

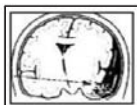
- Se produce un retraso no documentado en la historia del helicóptero solicitado inicialmente.
- Por ingresar el paciente en otro centro sanitario no se coordina adecuadamente el traslado. Inicialmente se aduce que la familia contacta con un servicio de helicóptero, aunque tampoco hay constancia de la comprobación.
- Por fin se traslada en otro helicóptero 7 horas más tarde.

D.T. CEUTA

14

## resultado

- A su llegada se procede de inmediato a intervención quirúrgica por hematoma epidural.
- Sin embargo el paciente presentaba lesiones irreversibles, falleciendo posteriormente.



D.T. CEUTA

15

## procedimientos

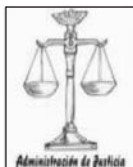
- Se inició un procedimiento penal que acabó con sentencia de imprudencia para el conductor.
- Quedó claro que la causa de la muerte fue el exceso de velocidad del vehículo.
- Se fijó una indemnización por vía civil que se abonó por la compañía aseguradora vehículo.



D.T. CEUTA

16

## reclamación patrimonial



- Por parte de los familiares se solicitó indemnización por daños morales y psicológicos por la muerte del familiar, vía responsabilidad patrimonial.
- Se realiza según el procedimiento habitual 1 año después.

D.T. CEUTA

17

## controversias

- Objeto controversia:
  - Determinar si la actuación de los servicios sanitarios "Coadyuvaron" en el agravamiento de los efectos.
  - No hay controversia respecto a las causas del accidente por exceso de velocidad.
- Defensa:
  - Existencia de sentencia firme en la que se demuestra el exceso de velocidad como causante accidente y lesiones de la víctima.
  - Existencia de indemnización por daños morales.
  - Prescripción.

D.T. CEUTA

18

## argumentos de la administración de justicia

- La prescripción quedó suspendida por la demanda penal.
- No se acreditó en los informes adecuadamente los motivos del retraso en el traslado.
- La Autoridad Gubernativa certifica no tener constancia de que se le solicitase el traslado.
- La Autoridad Militar certifica no tener constancia de que se solicitase permiso para aterrizar helicóptero civil.
- El helicóptero de emergencias certifica no tener constancia de la solicitud de traslado



D.T. CEUTA

19

## argumentos de la administración de justicia (II)

- Carencias no obligadas a soportar por el paciente
  - Ausencia de servicio de traslados para organizar los mismos.
  - Ausencia de camas disponibles en la UCI.
  - Ausencia de helicóptero medicalizado. No constancia fehaciente de que se realizaran las gestiones.
  - Traslado en ambulancia no adecuada (convencional) a otro centro.
  - Demora de 7 horas en la realización del traslado con empeoramiento durante la espera.

D.T. CEUTA

20

## conclusiones

- Aun cuando la causa inmediata y directa del accidente y de las lesiones fue la conducta negligente del conductor del vehículo, la misma no reviste la entidad suficiente para considerar que constituya la **causa exclusiva** del brutal efecto concurriendo como **concausa** del efecto agravado por la evacuación tardía de la paciente en un supuesto en el que era necesario su inmediato y urgente tratamiento por un servicio de neurocirugía

D.T. CEUTA

21

## sentencia

- Se **estima** parcialmente la demanda de los familiares **condenando** a la entidad a indemnizarlos por daños morales y psicológicos.

D.T. CEUTA

22

## situación actual

- Disponibilidad de TAC hospitalario 24 horas/día.
- Se dispone de un servicio de traslados 24 horas/día.
- Se dispone de UCI móvil permanentemente.
- Se dispone de helicóptero concertado.
- Se dispone de helipuerto civil.
- Queda constancia escrita de todas las actuaciones realizadas.



D.T. CEUTA

23

## CAPÍTULO V

# LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EPIDEMIOLOGÍA DEL RIESGO. ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS

### 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL ERROR EN ATENCIÓN PRIMARIA

NURIA SANZ ALVAREZ

Médico de Familia. Coordinadora de EAP

### 2. EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA

BEGOÑA LLAMAZARES CANSECO

Enfermera



## V.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL ERROR EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Nuria Sanz Álvarez**

**Médico de Familia. Coordinadora de EAP**

### **Nota del editor**

Los datos que presentó la ponente se pueden consultar en toda su extensión en las publicaciones siguientes, que vieron la luz tras la Jornada pero antes de la publicación de este volumen.

Las citas bibliográficas son:

a) Sanz Álvarez, Nuria, Bermejo Crespo, Julio, Martínez López, Francisco José. Gestión de riesgos en Atención Primaria: casos pediátricos. Revista Pediatría de Atención Primaria. Vol. VII. Número 27: 35-46. Julio/septiembre 2005

b) Sanz Álvarez, Nuria, Bermejo Crespo, Julio, Martínez López, Francisco José. Gestión de riesgos y seguridad de los pacientes en Atención Primaria. Identificación de riesgos. Rev Adm Sanit 2005; 3(4):669-81

c) Sanz Álvarez, Nuria, Bermejo Crespo, Julio, Martínez López, Francisco. La gestión de riesgos en Atención Primaria: estudio de la morbilidad. SEMERGEN. 2006; 32(5):211-17

### **Epidemiología del error en atención primaria**

El proceso de gestión de riesgos puede aplicarse a cualquier situación en que pueda producirse una consecuencia o un resultado no deseado o no esperado, y es una parte integrante de toda buena gestión. En el ámbito sanitario, la gestión de riesgos es un proceso que pretende establecer pautas de actuación para la toma de decisiones de manera que eliminen o minimicen las pérdidas a que da lugar la transformación en siniestros de los riesgos que conlleva la prestación de asistencia sanitaria.

Para conocer los riesgos de la asistencia sanitaria en Atención Primaria (AP), hemos analizado las reclamaciones patrimoniales presentadas al extinguido Insalud en el periodo comprendido entre 1995-2001.

Los resultados globales del estudio pueden consultarse en los artículos citados en la nota del editor.

Revisamos 460 expedientes, de los que 17 fueron excluidos por encontrarse muy incompletos y no disponer de más de 3 de las variables analizadas.

Las variables de nuestro estudio están relacionadas con:

- La demanda asistencial.
- Los profesionales sanitarios.

- Los pacientes.
- El motivo de la reclamación.
- El informe del médico inspector.
- La valoración del grupo de trabajo.
- La valoración del perito.

Cada una de estas variables incluye una serie de subvariables. El grupo de trabajo hacía una valoración tras el análisis de los expedientes, acerca de la adecuación o no de las prácticas clínicas revisadas.

*¿Cuáles son las consecuencias de los siniestros reclamados?* Como puede verse en la diapositiva, destaca el elevado número de fallecimientos, siendo también llamativamente alto el número de reclamaciones sin evidencia de daño. Esto último avala la impresión subjetiva, pues no hay ninguna evidencia en los expedientes, de que en la presentación de una reclamación influyen variables ajenas a la cualificación científico-técnica de los profesionales. Esto no debe sorprendernos si tenemos en cuenta la especial vinculación y confianza que se establece con los pacientes y familias en AP.

*¿Cuál es la valoración de los siniestros reclamados, por parte del médico inspector, de las aseguradoras y del grupo de trabajo?* (Los % de los peritos se refieren a los 212 expedientes en los que hay informe).

Como vemos en la diapositiva, hay diferencias notables entre los diferentes tipos de profesionales. El grupo evaluador —compuesto por médicos clínicos y por médicos de la Inspección y con experiencia en gestión— encuentra motivos de práctica inadecuada en un porcentaje significativamente mayor que los otros dos grupos

*¿Cuáles son las patologías más reclamadas?* Como vemos en la diapositiva, los traumatismos y envenenamientos ocupan el primer lugar; las patologías relacionadas con el aparato vascular ocupan la segunda posición, seguidas de los tumores

*¿Cuál es la distribución de las consecuencias del siniestro según los grupos diagnósticos de la CIE-9?* En las diapositivas se recogen las consecuencias de los siniestros en relación con los grupos diagnósticos, que se detallan a continuación.

## **Traumatismos y envenenamientos**

Los siniestros se producen mayoritariamente en el centro de salud, en horario de consulta. Los errores diagnósticos son el origen más frecuente de las reclamaciones.

Las lesiones de la mano representan un apartado importante tanto por su frecuencia como por las secuelas posteriores, así como por la implicación de la enfermería en este tipo de siniestros.

En nuestro estudio, las dos únicas sentencias judiciales condenatorias penales han coincidido con cuadros de shock anafiláctico y broncoespasmo severo con resultado de muerte. Ambas situaciones se hubieran evitado con una anamnesis correcta y una adecuada prescripción.

Los accidentes en centros sanitarios, debido a sus consecuencias, están incluidos en este grupo diagnóstico. El 70% de los accidentes en centros de salud se consideran por el grupo evaluador como potencialmente evitables y prevenibles.

### **Ap. cardiovascular**

Este capítulo aporta el 19.4% de las reclamaciones patrimoniales. Los actos sanitarios reclamados se producen más en el medio rural (64% frente a 49% del total), y en horario de urgencias (60.46% frente a 39.27% del total). También aumenta el porcentaje de casos en el domicilio del paciente (25% frente a 14.6% del total).

Los fallecidos son 75, que suponen el 87.2% de las reclamaciones de este grupo diagnóstico.

Los defectos organizativos son responsables del 7% de los expedientes, y siempre en relación con el transporte sanitario.

El síndrome coronario agudo representa el 65% de los siniestros. En esta patología, 17 casos fueron urbanos y 39 rurales. En 36 ocasiones de los 56 casos de IAM, se encontraron motivos de práctica clínica inadecuada. La utilización de la historia clínica se documentó en un 30%, destacando en los siniestros en los que sí se utilizó el incremento de la buena práctica clínica hasta el 73% de los expedientes.

La segunda patología prevalente es el Tromboembolismo Pulmonar, con un 6% de los casos.

### **Tumores**

La patología tumoral como motivo de reclamación es más frecuente en el medio urbano, localizándose el acto sanitario en el centro de salud (89.36%), y en horario de consulta (97.8%). En este grupo diagnóstico la utilización de la historia clínica es de un 66% frente al 29.57% del total. Los errores diagnósticos están provocados por la ausencia de continuidad en la atención, y fallos en la recogida de información clínica relevante.

El resultado de muerte aparece en el 46% de los casos. El tumor más prevalente es el de mama (7 casos), seguido de linfomas y leucemias (5 casos) y del ca. de colon (4 casos). Los tumores de pulmón y cerebrales aparecen en 3 ocasiones respectivamente.

### **Ap. respiratorio**

En los actos sanitarios origen de las reclamaciones por patología respiratoria, no hay diferencias entre medios urbano y rural. Llama la atención que en un 40% de los casos son avisos domiciliarios, y en un 55% en horario de urgencias.

## Otras patologías

Hay descritos 9 casos de **Meningitis**, 5 de ellos en edad pediátrica, y con resultado de muerte en 7 expedientes. En todos los casos se estimó adecuada la actuación del profesional implicado.

Se describen 6 casos de **Perforación timpánica**, detectándose práctica clínica inadecuada en 5 de ellos.

En referencia a la **Patología ocular**, es destacable la presencia de 3 casos de perforación ocular yatrogénica, así como 2 panoftalmitis y 1 leucoma por manejo inadecuado de los cuerpos extraños oculares.

**La torsión testicular** es la patología más prevalente en el grupo genitourinario, apreciándose en todos los casos error en el diagnóstico y/o retraso inaceptable en la valoración de la urgencia.

En el capítulo de **Signos y síntomas mal definidos** se han incluido 15 expedientes con resultado de muerte, sin evidencia de antecedentes clínicos previos, y sin estudio anatomopatológico que facilitase su inclusión en un grupo diagnóstico más definido.

En los 8 expedientes de **Abdomen agudo** no ha habido práctica clínica inadecuada.

## Casos pediátricos

Del total de expedientes, en 56 los pacientes afectados tenían **edad Pediátrica**. En la población general, el medio rural se presenta como un riesgo añadido. En la población pediátrica hay 29 reclamaciones rurales (51.8%) y 24 urbanas (42.85%), quedando sin adscripción 3 expedientes. Si el 72.71% de la población del territorio Insalud era urbana en 2001 (Resumen anual de Indicadores de Actividad en AP, Ministerio de Sanidad y Consumo) y el 27.68% rural, porcentualmente el número de reclamaciones en relación con la población atendida es superior en el medio rural.

En el 50% de las reclamaciones pediátricas presentadas contra médicos de AP aparece práctica clínica inadecuada según el grupo de trabajo, siendo este porcentaje de un 20.8% cuando el profesional es pediatra.

En cuanto a los motivos de las reclamaciones, aumentan las relacionadas con el diagnóstico disminuyendo las relacionadas con el tratamiento. Los traumatismos y envenenamientos son también en los niños el grupo diagnóstico más prevalente.

Los estudios confirman la importancia del error en Medicina. Creemos que es imprescindible una visión crítica, y el conocimiento de los tipos de errores que ocurren en cada momento y lugar para elaborar estrategias preventivas frente al error. Es necesario dotar a la AP de herramientas útiles en la Gestión de Riesgos. La meta a alcanzar es una práctica clínica de calidad y permanentemente actualizada

A continuación incluimos la iconografía de la ponente.

## LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

### EPIDEMIOLOGÍA DEL ERROR

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

- Estudio observacional, descriptivo y transversal.
- Todas las reclamaciones patrimoniales (1995-2001)

## VARIABLES DE NUESTRO ESTUDIO

- La demanda asistencial
- Los profesionales sanitarios
- Los pacientes
- El motivo de la reclamación
- El informe del médico inspector
- La valoración del grupo de trabajo
- La valoración del perito

## Consecuencias de los siniestros

	Frecuencia	Porcentaje
Secuelas orgánicas/función.	202	45,6%
Secuelas estéticas	6	1,4%
Muerte	180	40,6%
No daño	45	10,2%
Otros	7	1,6%
NC	3	0,7%
Total	443	100%

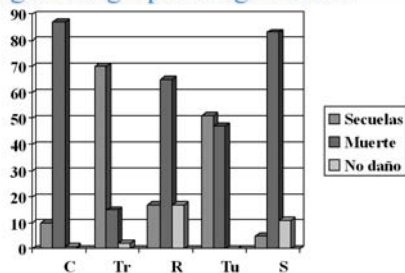
## Valoración de los siniestros

	Estimación	Desestimación
Inspectores Médicos	16%	49%
Grupo evaluador	37%	63%
Peritos	24,5%	70,8%

## Patologías más Reclamadas

- Traumatismos y envenenamientos 26,4%.
- Ap. Cardiovascular 19,4%.
- Tumores 10,6%
- Sistema Nervioso 7,7%.
- Ap. Respiratorio 6,5%.

### Consecuencias del siniestro según los grupos diagnósticos



### TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS

- 26.4% de los casos
- Errores diagnósticos
- Consecuencias del siniestro
  - secuelas 70.1%
  - muerte 15.4%

### LESIONES DE LA MANO

- 6.32% de TODAS las reclamaciones
- 14.63% del total de práctica clínica inadecuada
- Mayor implicación de Enfermería

### SCHOCK ANAFILÁCTICO

DOS únicas SENTENCIAS JUDICIALES PENALES **CONDENATORIAS**

### ACCIDENTES en CENTROS SANITARIOS

70% potencialmente **EVITABLES**

### AP. CARDIOVASCULAR

- 19.4% de las reclamaciones
- Errores diagnósticos
- Medio rural 64%
- Consecuencias del siniestro
  - MUERTE 87.2%** de los casos

## SÍNDROME CORONARIO AGUDO

- 65% de los siniestros
- En 36 de los 56 casos de IAM se detectó práctica clínica inadecuada

## TRANSPORTE SANITARIO

- Responsable del 7% de los expedientes

## TUMORES

- 10.6% de los casos
- Errores diagnósticos
- Consecuencias del siniestro
  - secuelas 51.1%
  - muerte 46.8%

## TUMORES PREVALENTES

- Cáncer de MAMA
- Linfomas y Leucemias
- Cáncer de COLON

## AP. RESPIRATORIO

- 6.5% de los casos
- 40% son avisos domiciliarios
- 55% en horario de urgencias
- Consecuencias del siniestro
  - Secuelas 17.2%
  - No daño 17.2%
  - Muerte 65.5%

## PATOLOGÍAS PREVALENTES

- Neumonías 40%
- EPOC 20.6%
- Asma 17.2%



- Meningitis
- Perforación timpánica
- Patología ocular
- Torsión testicular

## CASOS PEDIÁTRICOS

- Medio rural
- Profesional implicado
- Consecuencias del siniestro
  - Secuelas 53.57%
  - Muerte 23.21%
  - No daño 21.42%

Los estudios confirman la importancia del **ERROR** en Medicina



## **V.2. EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA**

**Begoña Llamazares Canseco**  
**Enfermera**

Yo empecé a trabajar en un Centro de Salud, y en aquel momento se firmaban unos contratos de gestión, donde constaban una serie de actividades e indicadores. Años después me pregunto si todo eso ha mejorado o no la atención al paciente. O solo consistía en rellenar de cruces un papel.

Así, se pide un gran número de analíticas, a demanda del paciente, que luego se archivan sin más. En un año se estableció la realización de un número determinado de espirometrías que terminaron en las historias clínicas sin que nadie las informara. No tenía mucho sentido.

En los Centros de Salud la demanda ha aumentado, los pacientes son mucho más exigentes, la figura del médico está devaluada, las consultas están masificadas; mientras se atienden cosas banales y se pierde la ocasión de hacer cosas importantes.

Por poner un ejemplo muy general se hacen visitas a domicilio a personas jóvenes que no se desplazan a la consulta y solicitan asistencia por procesos banales. Otras veces se atiende de manera muy superficial, por la presión asistencial, a pacientes que poco después presentan una patología coronaria importante. Esto conduce a veces a que se incrementen los servicios, pero ya ha ocurrido un hecho lamentable que se pudo haber evitado.

A los pacientes les encanta ir al hospital, piensan que les va a ver de inmediato el especialista, y no saben que les va a atender un residente, normalmente un R-1, supervisado más o menos a distancia. Tampoco se va a poder saltar la lista de espera ya que no le van a operar en la urgencia ni le van a pedir el TAC que piensa le van a hacer, etc.

En este entorno nos peleamos unos con otros: los profesionales de Atención Primaria con los de Atención Especializada, fundamentalmente por falta de comunicación. Cada nivel va a lo suyo: altas rápidas desde un nivel, derivaciones frecuentes al hospital desde el otro nivel.

Esta falta de comunicación entre los profesionales y los responsables de los servicios ocasiona dificultades importantes a la labor de enfermería: pacientes con decúbitos que no se indica cómo debe ser el tratamiento, etc.

Además, en este tipo de curas, cada enfermera lo hace a su manera, cada día es una enfermera diferente quien la realiza y la situación empeora los fines de semana. El paciente va de un lado para otro buscando a alguien que le resuelva su problema.

Creo que la formación de enfermería debería empezar en la facultad y decidir en qué nivel la enfermera quiere desempeñar su actividad, si en primaria o en especializada. Al igual que los médicos eligen especialidad y luego trabajarán en el lugar que sea preciso.

Se debe realizar un análisis sistémico de la situación, para su mejora.

Creo que se debería mejorar la formación, tanto la de la facultad como la formación continuada. Y mejorar económicamente a los profesionales que más y mejor trabajan y se forman

Creo que hay que mejorar la distribución de los recursos existentes, y que el trabajo de la enfermería en atención primaria no sea la jubilación anticipada de las enfermeras, ya cansadas del trabajo y de los turnos existentes en el hospital

Creo que hay que mejorar los protocolos de actuación, que hay que consensuarlos y actualizarlos


Muchas gracias

A continuación se presenta la iconografía de la ponente.

I JORNADAS DE PRIMAVERA. AEGRIS.  
Madrid 12 de mayo 2005

## La "Pérdida de Oportunidad" clínica en Atención Primaria. Punto de vista de la enfermería

Begoña Llamazares  
Enfermera



### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

- La formación en AP en las Facultades de Enfermería es deficitaria
  - Se limita a una parte de la asignatura de Salud Pública en el primer curso
  - 1 mes de prácticas en centro de Salud por curso
- Concepto de la AP por parte de la enfermería
  - Poco trabajo
  - Menor nivel de stress
  - Menor asunción de responsabilidades
  - No turnos...no fin de semana...sueldo con complementos mayores que en atención especializada
- Labor de la enfermería en AP
  - Consultas de enfermería
  - Urgencias
  - Visita domiciliaria

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

**ACTIVIDAD EN CONSULTAS DE ENFERMERIA**

- PROGRAMA DEL NIÑO SANO: No existen sistemas recordatorios de vacunación para la población infantil
- Suturas en AP: enfermería generalmente
- Realización de curas por encima de la capacidad y conocimientos de enfermería
- Falta de protocolos de atención de las heridas que hace que algunos pacientes sean remitidos con cortes pequeños a atención hospitalaria
- Deficiente comunicación con especializada al alta sobre la forma de realizar las curas

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

- **ACTIVIDAD URGENTE DE ENFERMERIA EN AP**
- Gran parte de las reclamaciones se producen en las atenciones urgentes de AP
- Existe una alta dependencia de la Urgencia Hospitalaria
- Entre un 50 – 90% de los pacientes siguen acudiendo a urgencias sin pasar por AP porque:
  1. "Es mas accesible"
  2. "Es más rápido"
  3. "Tienen mas tecnología"
  4. "Son mejor atendidos...."
  5. "No hay cita previa"

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

- **ACTIVIDAD URGENTE DE ENFERMERIA EN AP**
- La Urgencia en AP no utiliza todos los recursos que se han puesto a su alcance:
- Año 1998...desfibriladores de la Consejería....cursos de formación...no cursos de reciclaje....están en un alto porcentaje escondidos en los armarios...
- A las urgencias domiciliarias no acuden con el desfibrilador.... no disponen de la posibilidad de monitorizar al paciente con un EKG básico....
- Refuerzos por personal recién terminado sin otra salida laboral
- No existencia de cursos de acogida

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

- **ACTIVIDAD URGENTE DE ENFERMERIA EN AP**
- Excesivo número de horas de guardia continuada??...96 horas...
- No obligatoriedad de la formación continuada
- Baja preparación de los equipos de guardia
- Apoyo económico restringido a los cursos
- El personal no suele acudir a los cursos si son fuera del horario laboral
- 15 días de formación anuales

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

- **PROGRAMAS DE AP**
- Los programas en AP mejoran la atención??? o la calidad se va quedando en el papel???
- El esfuerzo se dirige a poner las cruces suficientes para cumplir el contrato programa sin realmente conseguir nada que mejore la calidad de la asistencia prestada
- Gran cantidad de analíticas solicitadas a demanda del paciente que luego se acumulan y no se meten en la Historia Clínica, ni nadie las controla
- La realización de un gran número de pruebas diagnósticas para cumplir los objetivos hace que estas en muchas ocasiones no sean evaluadas de forma correcta (espirometrías...en número para cumplir el contrato programa...pero nadie las informa...)

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

- **El abuso del sistema por parte de los pacientes** cuando este está limitado en los recursos puede hacer que se originen pérdidas de oportunidad para el resto de la población....fallecimientos por esperar mientras se atiende un aviso....
- Los paciente al final siguen pidiendo un análisis y una radiografía...ir a "Un Hospital" donde con toda probabilidad les verá un residente de familia...supervisado con mas o menos "celo" ( a veces con ninguno) por el médico adjunto de Urgencias

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

- Existe una **deficiente comunicación** entre niveles de AP y especializada....los equipos de AP y las jerarquizaciones no han supuesto una mejora de la comunicación entre niveles
- Esa **mala comunicación** a nivel de enfermería repercute en el cuidado que se debe proporcionar al paciente al alta hospitalaria que en muchas ocasiones no está bien especificado
- Esa **mala comunicación** origina trastornos innecesarios al paciente que en ocasiones va y viene de la consulta de AP a especializada esperando que alguien le resuelva el problema

### La "Pérdida de Oportunidad" en AP

#### CONCLUSIONES

- Formación inadecuada en las Facultades de Enfermería.... Concentrar las prácticas en el último curso
- Poca relación entre la materia teórica y la práctica de la Enfermería en AP
- Falta de protocolos "prácticos" de actuación de enfermería en AP...los protocolos existentes se cumplen de manera aleatoria....
- Carencia de formación continuada en AP
- Mal aprovechamiento de los recursos existentes
- Programas de AP para enfermería con caracter burocrático más que práctico

## La "Pérdida de Oportunidad" en AP

### RECOMENDACIONES

- Formación adecuada y práctica en las Facultades de Enfermería
- Especialización en AP...no una jubilación anticipada
- Protocolos actualizados y consensuados en AP para enfermería
- Formación continuada y "estimulada"...incluso económicamente
- Mejor aprovechamiento de los recursos en general
- Reconocimiento profesional de la labor de enfermería en AP

## La "Pérdida de Oportunidad" en AP



### LA GRAN PERDIDA DE OPORTUNIDAD:

### "LA EDUCACION SANITARIA"



## EPÍLOGO

Con esta Monografía sobre los aspectos médicos, jurídicos y jurisprudenciales de la pérdida de oportunidad en las reclamaciones por responsabilidad patrimonial, editada gracias a la colaboración del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios (AEGRIS) desea aportar información y formación a todos los profesionales que desarrollan sus actividades en el Sistema Sanitario Español, tanto del sector público, mayoritario, como del sector privado, cuya colaboración con el sector público es cada vez mayor y más beneficioso para los ciudadanos.

Es claro que el público lector objetivo de la publicación es mayoritariamente el sanitario, aunque creemos que el contenido de la misma no dejará de interesar a los profesionales del Derecho.

El concepto pérdida de oportunidad en sentido estricto, tanto sea reclamado por los supuestamente perjudicados en los procesos asistenciales como utilizado para fundamentar la concesión de indemnizaciones por los Jueces y Tribunales, va a necesitar un empleo extenso e intenso de algunas técnicas estadísticas y epidemiológicas para hacer comprensible a los profesionales sanitarios tales decisiones.

El empleo de estas técnicas exigirá incrementar los conocimientos de todos los actores en las mismas, como fue preciso para los sanitarios —en especial los médicos— conocerlas y dominarlas para incrementar los conocimientos que permiten mejorar los resultados de los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Los currícula académicos de licenciatura y de post grado, así como los de formación continua de los sanitarios, incluyen con frecuencia títulos como “Estadística para médicos”, y “Derecho sanitario para médicos”. Probablemente, en días no lejanos, los currícula para los profesionales del derecho incluyan títulos como “Estadística para jurídicos” y “Medicina aplicada para juristas”, lo que sin duda permitirá una mejor comunicación e información entre Medicina y Derecho y, de ahí, surgirá una mejor comprensión del contenido formal y conceptual de criterios tales como el que es objeto de esta monografía: la pérdida de oportunidad.

Agradecemos una vez más al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria la publicación de este volumen, así como a todos los profesionales que lo han hecho posible.

Francisco José Martínez López  
Presidente de AEGRIS

Madrid, septiembre de 2006





MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

