

Cirugía innecesaria

Resumen

Existe creciente preocupación por las inequidades y desigualdades de nuestro sistema de salud, que ha aumentado aún más la brecha entre las atenciones de las personas que pertenecen al sistema público y al sistema privado de nuestro país. Una de ellas es la lista de espera quirúrgica que, de acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud, afecta principalmente a la población más vulnerable de nuestro país, como son los ancianos y las personas con riesgo social elevado. Sin embargo, una proporción no cuantificada ni estudiada en nuestro país, de cirugías se pueden considerar como innecesarias, detrás de las cuales habitualmente hay un incentivo económico tanto para los prestadores como las instituciones que las ofrecen. Hasta ahora, a pesar de que se sabe de la existencia de este problema de hace mucho tiempo, ningún país ha logrado controlar de forma absoluta estas malas prácticas, sin embargo, intentar reducirlas con la premisa de “los recursos de una cirugía innecesaria para una persona que no la necesita pueden ser destinados a una persona que sí la necesita” puede significar un punto de partida a través de un imperativo que contiene una ética social desde la justicia distributiva que se ajusta a la equidad para todas las personas.

Palabras clave: Cirugía innecesaria; Bioética social; Salud Pública

Abstract

There is growing concern about the inequities and inequalities of our health system, for it has increased the gap of medical attention between patients who belong to the public or the private system of our country. One of these elements is the surgical waiting list, which according to the figures published by the Ministry of Health, it mainly affects the most vulnerable population of our country, meaning the elderly and people who are at social risk. Nevertheless, a non-quantified nor properly analyzed proportion of surgeries practiced in our country can be considered as unnecessary, behind which is very common to find economic incentive both for the providers and for the institutions who provide them. Until now, although this has been known for a long time, not one country has been able to control these bad practices in an absolute manner. However, to

try to reduce them by applying the premise “the resources of an unnecessary surgery for a patient who does not need it can be destined to a patient who actually does need it” can be a starting point and an imperative that shows us the social ethics from the perspective of a distributive justice capable to adjust to the concept of equity for all people.

Key words: Unnecessary surgery; Social Bioethics; Public Health

Introducción

Afortunadamente es más común, que pacientes acudan a la consulta de un médico por segunda opinión, ya que algún colega previamente ha indicado alguna cirugía argumentando el riesgo de un cáncer inminente a un paciente, que al analizar su situación vemos que no lo tiene o que a lo sumo su beneficio no es mayor que los eventuales riesgos que corre este paciente ante una complicación de la cirugía a la que será expuesto. Es inevitable en esos momentos reflexionar que motiva a un médico que, mirando a los ojos a su paciente, es capaz de cosificarlo y ante la pregunta de “¿no será mejor sacarlo todo ante mi riesgo de cáncer?”, decida poner una cara seria de preocupación y decir: “sí, es mejor sacarlo todo”.

Esto que parece cruel e inhumano parece ser que no es otra cosa que el efecto que el libre mercado ha permeado a nuestra profesión y a la sociedad. Sin embargo, esto no es tan reciente como podemos pensar ya que George Bernard Shaw, célebre dramaturgo irlandés; escribía en 1906 una obra dramática llamada “Los dilemas del Doctor” donde, entre otros temas éticos, describe la cirugía y procedimientos innecesarios realizados por dinero por parte de los médicos, al cual pertenece el siguiente extracto:

“SIR PATRICK: Conozco a los Cutler Walpoles y similares. Han descubierto que el cuerpo de un hombre está lleno de fragmentos y restos de viejos órganos que no tienen ningún uso. Gracias al cloroformo, puedes cortar media docena de ellos sin dejarlo peor, salvo la enfermedad y las guineas que le cuesta. Conocí bien a los Walpole; desde hace quince años que el padre solía cortar los extremos de las úvulas de las personas por cincuenta guineas, y pintar gargantas con cáustico todos los días durante un año a dos guineas la vez. El mismo Cutler trabajó duro en anatomía para encontrar algo nuevo para operar; y por fin se apoderó de algo que él llama el “saco nucciforme”, que se hizo bastante de moda. La gente le paga quinientas guineas para cortarlo; pero supongo que

se sienten importante después de eso. No puedes salir a cenar ahora sin que tu vecino se jacte de alguna operación inútil u otra.”

Hablamos así de procedimientos quirúrgicos que podrían agruparse bajo el concepto de “cirugía innecesaria”, clásicamente definida como: a) Operaciones indicadas en padecimientos con escasos síntomas, sin patología demostrada y sin ninguna situación que ponga en peligro la vida; b) Cirugías de las que no se obtenga tejidos y sin justificación clínica; c) Cirugías que sean objeto de discusión y divergencia de juicios entre expertos en el problema; d) Cirugía para aliviar síntomas perfectamente tolerables; e) Cirugías que han perdido actualidad y son obsoletas o que se han desacreditado; y f) Cirugías con poca justificación clínica, que sólo busquen el beneficio personal del médico. Es probable que a esta última definición corresponda con mayor precisión el tipo de intervenciones que se proponen en la obra antes mencionada.⁽¹⁾

Dado que podemos, ¿debemos? ¿Es moralmente aceptable que en la actualidad un paciente sea operado sin que lo necesite, debido a que su médico/a le motiva a hacerlo? ¿Se es tan libre para decidir estando en un contexto de mayor vulnerabilidad y ejerciendo un consentimiento mediante la información que el propio profesional otorga? Aunque un paciente y su médico/a estén de acuerdo en realizar el procedimiento, ¿es aceptable desde una perspectiva de justicia social? Situaciones como éstas plantean preguntas a problemas ético-clínicos que requieren un análisis reflexivo. Nuestro interés es proponer algunas reflexiones sobre el tema desde una perspectiva bioética y de salud pública.

Desarrollo

Tradicionalmente la deontología médica nos plantea el principialismo de Beauchamp y Childress referido a los cuatro principios básicos, que nos servirán de referencia en el análisis que realizaremos.⁽²⁾

La ética médica clásica ha sido heredera del principio de no maleficencia, refrendado en la obligación de evitar provocar daño mediante acción directa o por omisión, en forma injustificada⁽³⁾. En referencia a este principio, en la práctica de una cirugía innecesaria es preciso considerar las probabilidades de ocurrencia de complicaciones quirúrgicas, las que pueden ir desde leves a severas con riesgo vital. Ante ausencia de beneficio clínico, no es aceptable implementar una intervención que sólo agrega riesgos y es, por tanto, injustificadamente dañina en sí misma.

La beneficencia constituye un principio clásico orientado a la búsqueda del mayor bien del paciente. Una cirugía que no es necesaria, con riesgos y con márgenes dudosos de beneficio, no parece estar orientada a beneficiarlo. La primacía del bienestar del paciente es considerado uno de los tres principios del profesionalismo médico⁽⁶⁾, que busca evitar el predominio de intereses secundarios, en este caso intereses económicos del propio cirujano o de la institución en la que trabaja; o intereses no financieros vinculados con el marketing de la industria farmacéutica y de dispositivos médicos; o intereses intelectuales relacionados con la curva de aprendizaje de una determinada técnica. Evitar que estos intereses predominen sobre el bienestar de las personas, busca que este último sea el principio y fin de toda actividad médica en la relación clínica.

Hay un vínculo estrecho entre la beneficencia y la autonomía, principio bioético que ha sido una conquista de los pacientes tras los avances en libertades civiles y políticas⁽⁶⁾. Debe participar de lo que sea considerado “su mayor bien” aportando desde su propia escala de valores si las intervenciones propuestas van acordes a su proyecto vital. Sin embargo, esta definición está basada en la información que ha recibido, lo que pone en el profesional la responsabilidad de favorecer un ejercicio autónomo de la toma de decisiones en salud.

Se han descrito al menos tres pre-requisitos para que una decisión sea autónoma en el ámbito sanitario: voluntariedad, libertad para elegir o ausencia de coerción y comprensión de una información entregada⁽⁶⁾. Aunque un paciente consienta en ser sometido a un procedimiento innecesario, no parece un ejercicio autónomo cuando se recurren a formas moralmente inaceptables de promover un cambio en la opinión de las personas. Se han descrito algunas opciones, entre ellas: mentira, manipulación o persuasión⁽⁷⁾. Si un profesional miente deliberadamente sobre los márgenes de beneficio de una cirugía, inventa riesgos inexistentes, o manipula advirtiendo de un quiebre en la relación clínica, esto no constituye una práctica aceptable en medicina aunque el paciente consienta.

Consideramos que el análisis de una práctica como la cirugía innecesaria no puede reducirse a una transacción entre dos personas ni puede considerarse válida per sé. Además de los principios previamente señalados, se vuelve relevante incluir una perspectiva desde la ética de salud pública y desde el profesionalismo médico, incorporando el concepto de una justa distribución de recursos en salud desde una perspectiva de justicia social.

Discusión

En nuestro país, el Sistema de Salud está compuesto por dos subsistemas que en teoría cooperan entre sí para dar cobertura a todos los pacientes, pero existe en la práctica una separación drástica ya que las necesidades de uno y otro varían notoriamente, lo que se refleja en que las listas de espera para todo tipo de prestaciones principalmente quirúrgicas se concentran en el sistema público. El 29 de julio del 2022, el subsecretario de Redes Asistenciales, Fernando Araos, remitió a las comisiones de Salud del Senado y a la Cámara de Diputados un lapidario informe sobre las listas de espera del primer semestre de este año. El reporte indica que 1.764.937 personas esperan una consulta con un especialista y 294.632 aguardan una cirugía. De acuerdo con el Ministerio de Salud, durante el año 2021 un total de 20.694 personas murieron esperando una atención, y de ellas 18.962 personas murieron en lista de espera de una consulta o una cirugía no GES. De estos fallecidos, 92,08% murieron esperando una nueva consulta y 7,92% una cirugía. En cuanto a los GES, fueron 1.732 los muertos, de los cuales el 20% fue por causas atribuibles al diagnóstico por el que estaban esperando y lo peor es que si analizamos la distribución, los grupos que concentran mayor demora son los adultos mayores. De acuerdo al reporte, del total de más de 60 mil pacientes que esperan prestaciones GES, 42.383 son personas que tienen más de 65 años (13.295 mayores de 80 años y 10.000 entre los 70 y 74 años). Si se mide por tramo de Fonasa, 52.790 personas pertenecen a los grupos A y B de Fonasa. Es decir, los pacientes más vulnerables de nuestra sociedad. ⁽⁶⁾

Ante esta cruel realidad que les acontece a muchos ciudadanos de nuestro país, y un sistema con recursos limitados pero que claramente tiene las desigualdades ya mencionadas en este informe del Ministerio, ¿cómo se puede justificar el gasto de recursos, insumos, horas de pabellón, entre otros, operando a pacientes que no lo necesitan cuando hay una cantidad significativa de pacientes que sí lo necesitan y se encuentran esperando? En un estudio clásico donde aparece la primera llamada de atención con impacto internacional, fue la efectuada en 1976, cuando los médicos Eugene McCarthy y Geraldine Widmer del Colegio Médico de la Universidad Cornwell estimaron que existían, alrededor de 2.4 millones de cirugías innecesarias en los EUA, de un total de 14 millones de cirugías anuales y que esto representaba el 17.6% de cirugías innecesarias. Estas cifras fueron analizadas por los miembros de la Subcomisión de Salud del Congreso Estadounidense, quienes estimaron que dentro de las 2.4 millones de cirugías innecesarias se produjeron 11,900 muertes y además este gasto alcanzaba hasta

3.900 millones de dólares anuales ^(9x10). Esto incluso motivó una presentación ante el congreso de Estados Unidos lo que determinó distintas estrategias para resolver este problema: segunda opinión, comités de tejidos y comités quirúrgicos; ninguna de las cuales ha logrado solucionar el problema, pero sí visibilizarlo y así promover la importancia de su vigilancia. Se deben realizar esfuerzos para lograr cuantificar esta práctica e identificar tanto a los centros como a las personas que la llevan a cabo para detener esta fuga de recursos y que se puedan destinar a la población que sí los necesita. Debemos instaurar una bioética ya no centrada en la persona exclusivamente, sino que incluya una mirada como la que expresa Amartia Zen y Kliksberg (2008) en "Primero la gente" que con un lenguaje claro y contundente que, si bien es categórico en señalar los problemas, también presenta una puerta abierta para todas las personas dispuestas a hacer algo que propicie una forma más humana de vivir la vida. ⁽¹⁰⁾

Como refiere el Doctor en Filosofía Franciso León Correa en su artículo "De los Principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile", el desarrollo de la bioética global de Potter, el de la ética institucional y empresarial en las instituciones de salud, las propuestas de las éticas del desarrollo y de la interculturalidad, junto con la necesidad de legislar, han llevado a involucrar a la bioética dentro de una ética institucional, social y política, con estudios también en Latinoamérica sobre justicia e igualdad en salud que van más allá de la bioética general y clínica. La capacidad de criticar y adecuar el conocimiento centrado en los deberes que afectan a nuestra profesión es la base apropiada para los principios de no maleficencia y de justicia. El principio de autonomía se ve involucrado en el dominio ideológico que ejercen ciertas idiosincrasias en conjugación con la posibilidad de que la comunidad participe activamente en el debate. Jugamos el rol de ser "interlocutores válidos" de los demás, de todos los demás seres humanos racionales, pero insertos en una comunidad social y cultural, con valores propios. En cuanto a la beneficencia y solidaridad, se comprende desde su primer principio de la "afirmación de la persona por sí misma", lo cual supone tener seguridad propia, conocer y defender los derechos al tomar decisiones y al expresar opiniones y sentimientos. ⁽¹²⁾

No podemos restringir el objetivo de la bioética a la resolución de conflictos y dilemas. Es un papel importante pero no es el único. En la práctica, debemos aspirar a involucrar todos los principios de modo armónico, para lo cual es necesario tener en cuenta los aspectos institucionales y sociales de la ética.

La participación de los profesionales en el aumento de los costos en medicina, como en el caso de las cirugías innecesarias, genera un mayor gasto en el sistema sin contribuir a objetivos sanitarios colectivos ni tampoco individuales. De aplicarse una mirada de salud pública no puede ser aceptable que esta práctica continúe, aunque dos personas consientan en realizarla en el marco de una institución que lo facilite. Esto, dado que la mayor vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente puede afectar su voluntariedad, especialmente si le persuade un profesional al cual deposita su confianza, motivado por un interés secundario. Considerando la importancia que la salud tiene para la sociedad, no puede entenderse la realización de un procedimiento como una práctica que sólo se regule por el libre mercado, fomentando así un sistema sanitario ineficiente y, por tanto, moralmente inaceptable desde una perspectiva de justicia social.

Conclusión

La historia de la medicina nos ha demostrado que existe una necesidad de establecer un marco ético para regular nuestra profesión. Ya en el juramento de Hipócrates habían aspectos relevantes para esto, sin embargo estos principios han ido modificándose en tanto la sociedad ha evolucionado y de la deontología clásica hemos pasado a una estratificación de estos principios fundamentales, pero esto lamentablemente no ha sido suficiente. Se requiere de una bioética que no sólo regule la resolución de principios o dilemas fundamentales, sino que integre aspectos institucionales y sociales de la ética. Es por esto que ante una realidad tan cruel como la de pacientes y familias sufriendo por la muerte, la enfermedad o discapacidad de alguno de sus seres queridos, el estado y las instituciones de salud tanto públicas como privadas no deben mirar hacia un costado y pensar solo en el aspecto de la macroeconomía sino hacerse consciente de que detrás de cada cirugía innecesaria que se practica, le quitamos el cupo a un paciente más vulnerable que no pudo pagar por ella, y eso sí que es importante porque aumenta la sensación de inequidad y de injusticia social, que vimos expresarse con fuerza desde el movimiento social del año 2019.

Ante el escenario actual de una crisis mayor en el sistema de salud se hace imperioso estudiar, objetivar y detener en lo posible esta práctica que no es de ahora como pudimos ver, sino que lleva siglos con nosotros. Pero si lo tomamos como un desafío y comprendemos que por cada paciente sin indicación que no se opere, se pueda intervenir uno que sí lo necesita, ya habremos dado un paso gigantesco.

Bibliografía

- 1.- Stroman, Duane. *The Quick Knife: Unnecessary surgery*. New York: Kennikat, 1979.
- 2.- Beauchamp, Tom; Childress, James. *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- 3.- Ferrer, Jorge. *La bioética y sus principios*. En "Bioética Clínica", por Beca, Juan Pablo; Astete, Carmen. Editorial mediterráneo, Santiago de Chile, 2012.
- 4.- *Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter*. Project of the ABIM foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Ann Inter Med* 2002;136:243-246.
- 5.- Donoso, Claudia; Plana, Sergio. *Principios bioéticos involucrados en el consentimiento informado*. *Int J Med Surg Sci* 2014;1(1):94-99.
- 6.- Palacios, GJ; Pinto, P; Márquez, O; Herreros, B. *Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones*. *Rev Clin Esp* 2019.
- 7.- Simón, Pablo; Júdez, Javier. *Consentimiento informado*. *Med Clin (Barc)* 2001;99-106.
- 8.- *Ordinario C202 Número 2523 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para las Comisiones de Salud y la Cámara de Diputados*. Ministerio de Salud; 2022
- 9.- Guarner V. *Las cirugías innecesarias: un problema ético y moral*. Páginas 584-585 de *Artículos Universidad de México*; 1999
- 10.- McCarthy E. *Effects on screening by consultants on recommended elective surgical procedures*. Volume 291: 1331-1334. *The New England Journal of Medicine*; 1974.
- 11.- Sen, Amartia; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008
- 12.- León F. *De los principios de la bioética clínica y una bioética social para Chile*. *Ética Médica. Revista Médica Chilena*, volumen 136: 1078-1082. Santiago; 2008.