

RECLAMACIONS PER MALA PRÀCTICA MÈDICA EN CIRURGIA

El paper de la Societat Catalana de Cirurgia

Introducció

Malgrat que l'objectiu de la cirurgia és augmentar la qualitat de vida d'una persona determinada i, a ser possible, augmentar-li, a més, l'esperança de vida, no sempre els resultats de l'atenció mèdica en cirurgia són els esperats, tant per part del cirurgià com del pacient. Sovint es presenten efectes adversos, que poden ser fortuïts o lligats a l'atzar, afavorits per unes condicions basals de salut del pacient, més o menys precàries, degut a la degradació fisiològica consecutiva a l'edat o al deteriorament general que acompanya determinades comorbiditats o patologies associades que pateix el pacient.

Però també és possible l'accident o l'error que es pot produir en qualsevol de les baules de la cadena assistencial i desencadenar un seguit d'efectes indesitjats de conseqüències imprevisibles. Alguns d'aquests errors poden ser conseqüència d'una conducta negligent per part del cirurgià, constituint un cas de mala pràctica mèdica (MPM) que origini una reclamació o demanda d'explicacions per part del pacient o fins i tot un litigi.

Però tampoc sempre una reclamació o un litigi es produeix per MPM. En l'apreciació dels resultats i del procés d'atenció, hi poden haver elements objectius però també components subjectius que poden dependre molt de la diferent perspectiva entre pacient i cirurgià. És per això que resulta de gran importància la informació i la bona comunicació entre el cirurgià i el pacient com a fórmula que evita els malentesos i les desconfiances, encara que, tot i així, no sempre és fàcil assolir les expectatives de les persones i pot sorgir el conflicte.
i

Quan l'entesa entre el cirurgià i el pacient fracassa, poden intervenir en la relació elements externs que poden afavorir el consens o atiar el conflicte, segons els casos. Les oficines de defensa dels ciutadans, d'atenció al client o al consumidor, formen part de les institucions destinades a la defensa del pacient, mentre els col·legis professionals i els sindicats poden ser institucions de defensa dels professionals o d'avaluació deontològica de les seves actuacions. Finalment, quan, malgrat els intents de mediació, no hi ha acord de resolució del conflicte, per a una avaluació justa i equitativa difícil, es recorre al sistema judicial mitjançant l'establiment del litigi corresponent.

Si la discrepància en l'avaluació d'una reclamació porta al litigi, passa a actuar com a àrbitre el sistema judicial, regit pel marc legal que la societat s'ha atorgat a través dels seus representants polítics. Però la complexitat dels coneixements biomèdics i les múltiples influències que poden determinar un resultat concret, fan que no resulti fàcil avaluar conductes o decisions de tècnics altament qualificats. D'aquí la necessitat d'experts neutrals que actuïn com a perits, aportant la seva opinió personal i documentada. El sistema judicial no s'acostuma a regir pels mateixos paradigmes que marquen la medicina actual. L'evidència científica o l'anàlisi estadística no acostumen a formar part del bagatge cultural dels implicats legals en els casos de litigi i, malgrat que s'ha postulat, des de algunes associacions mèdiques, la necessitat d'incorporar alguns d'aquests principis al sistema judicial, estem lluny de conèixer la sensibilitat o l'especificitat dels dictàmens

judicials i els seus falsos positius i negatius, és a dir les condemnes a innocents o les absolucions a culpables.ⁱⁱ

La pràctica de la cirurgia no tan sols obliga a garantir un determinat nivell estàndard d'atenció, per a la qual cosa cal acreditar els coneixements i l'experiència necessàries, també precisa d'una actitud ètica i de l'assumpció d'uns principis deontològics inexcusables en tot professional que intervé en el procés de gestió de la salut d'una persona. Si bé l'acreditació dels coneixements científics ha estat a càrrec, tradicionalment, de les societats científiques, les directrius deontològiques han estat marcades pels col·legis professionals, però els principis ètics que les fonamenten es mouen entre els dos tipus d'entitats, encara que també en els fonaments del dret natural i en la societat en general, dels seus valors i dels paradigmes filosòfics en boga.

Com a societat científica, la Societat Catalana de Cirurgia té un paper a jugar, tant pel que fa a l'enfocament científic de la pràctica quirúrgica, com en l'anàlisi i debat de les perspectives bioètiques que l'emmarquen. És en aquest context que voldríem analitzar l'estat actual de la qüestió, establint quines aportacions de coneixement validat poden constituir els elements de referència, a l'hora de jutjar una tasca complexa com aquesta.

Avaluació de la qualitat assistencial

El procés d'atenció de la salut, pressuposa l'haver de prendre decisions en un ambient d'incertesa i, per tant, de risc que s'esdevinguin conseqüències indesitjables. Diferents iniciatives destinades a promoure la "seguretat del pacient" a partir del control d'indicadors de qualitat assistencial en cirurgia, han donat com a resultat un millor coneixement dels estàndards esperats de la pràctica quirúrgica.ⁱⁱⁱ La qualitat assistencial depèn no tan sols dels resultats, encara que també, si no de l'estructura i del procés com a parts indissolubles de l'experiència viscuda en cirurgia.^{iv} Les societats científiques en cirurgia no poden ser alienes als esforços per millorar la qualitat assistencial i s'han d'implicar en l'esforç per aconseguir-ho.^v

Sempre respectant el dret dels ciutadans de cercar la protecció davant de possibles abusos del sistema sanitari, cal que siguin els propis cirurgians que portin la iniciativa en el control dels resultats de les seves actuacions, abans que puguin arribar als tribunals per mala entesa amb els pacients. No es tracta tan sols d'una mesura preventiva de reclamacions o litigis amb sentències judicials adverses, es tracta fonamentalment de desenvolupar una fórmula d'aprenentatge continu, basada en l'anàlisi dels possibles errors, les seves possibles causes i les seves solucions.^{vi vii} A més es tracta també d'assumir el principi ètic que obliga a una cerca contínua de la millora en la qualitat assistencial.

En la literatura científica mèdica, sovint s'hi aporten estudis de resultats d'intervencions, incloent la incidència d'efectes adversos, però sovint les classificacions són tan disperses entre uns treballs i altres que resulta difícil treure conclusions vàlides a partir d'experiències diferents.^{viii} Els intents d'unificar criteris d'avaluació de resultats s'han hagut d'adaptar a cada tipus de patologia i d'intervenció perquè poguessin ser comparables.^{ix} Un cas paradigmàtic de patologia associada rellevant, és la que acompanya la cirurgia de l'obesitat mòrbida, en la qual es converteix en un factor de risc de resultats indesitjats que cal tenir en compte, en especial quan es preveu com una de les denominades noves epidèmies del segle XXI.^x

Des del punt de vista del control de la qualitat assistencial, una de les eines més importants a utilitzar són les sessions de morbimortalitat.

Les sessions de morbimortalitat

Els efectes adversos de la cirurgia constitueixen l'objectiu de les sessions i registres de morbimortalitat (M&M), encara que aquestes solen tractar més de complicacions, incloent les mortals, però que no sempre donen idea de la qualitat de la cirurgia practicada.^{xi} De fet poden suposar un cert grau de biaix perquè:

- s'acostumen a centrar més en casos fora del normal
- es dirigeixen sobretot a cercar possibles falles en el procés d'atenció
- s'orienten més cap a l'actuació personal que cap al funcionament de l'organització
- es fixen més en els aspectes individuals que en els patrons de resultat
- fan més èmfasi en les complicacions precoces que en els resultats a llarg termini.

En el document sobre sessions de morbimortalitat elaborat per la Societat Catalana de Cirurgia, es deia que les sessions de M&M poden ser considerades un factor pal·liatiu tant *a priori*, evitant possibles errors, com *a posteriori*, reflectint la preocupació i la bona fe de l'equip assistencial.^{xii} En aquest sentit, la SCC proposava als seus propis perits i a les instàncies judicials que la certificació de la discussió de casos problema, en sessions formals de M&M, es tingui en compte a l'hora d'emetre els informes pericials pertinents.

El format metodològic comú que es propugnava estava basat en els següents punts:

- 1) Reconstrucció del cas (sempre en presència dels cirurgians implicats)
- 2) Anàlisi per problemes del procés d'atenció
- 3) Identificació de punts crítics i esdeveniments indesitjats
- 4) Acords correctius i establiment d'objectius de prevenció de nous errors
- 5) Registre de la sessió en el llibre d'actes corresponent
- 6) Monitoratge amb seguiment de nous casos de M&M i control dels indicadors de qualitat assistencial.

Malauradament, les sessions de morbimortalitat acostumen a passar per alt molts dels esdeveniments adversos en medicina i en cirurgia concretament, pel que cal tenir en compte altres tipus de control per identificar-los i poder-los corregir.^{xiii}

Una qüestió fonamental que cal dilucidar en les sessions de M&M és si l'esdeveniment advers era evitable, és a dir si va ser conseqüència d'una mala pràctica mèdica i, en especial, si va resultar d'una actitud negligent. Aquest serà un punt fonamental en cas de reclamació o litigi.

Efectes adversos de la cirurgia

Es defineix com a esdeveniment advers (EA) en cirurgia, la conseqüència inesperada o lesió causada a un pacient com a resultat del tractament més que per la malaltia subjacent.

Es denominen incidents crítics als esdeveniments adversos o potencialment adversos, és a dir que provoquen o poden provocar resultats no desitjats. Als USA la incidència pot arribar al 4%, causant lesions discapacitants permanents en un 2 a 6% i conduint a la mort en, al menys, un 14%. Hi ha condicions latents que actuen en el transfons, generant factors

contribuïdors que poden disparar fallides actives.^{xiv}

González Hermoso, aconsellava denominar desviacions als efectes adversos i considerava les complicacions com una alteració o desviació en el curs natural d'una malaltia que no te la causa en una actuació mèdica i es deriva de la pròpia malaltia. Distingia com a desviació prevenible, aquella que, vista *a posteriori*, es reconeixia que podia haver estat evitada amb una determinada acció.^{xv}

Les desviacions o els esdeveniments adversos poden ser de molts tipus i donar lloc a conseqüències de gravetat molt dispar. Per aquest motiu s'han intentat diferents sistemes de classificació. Un d'ells és l'escala de la *Harvard Medical Practice Study Group*, segons la qual, els esdeveniments adversos, es classifiquen, en funció de l'evidència o les proves que hi ha sobre si va ser causat com a conseqüència de l'atenció donada, en:

- (0) evidència mínima o absent (que l'EA va ser causat per l'atenció donada).
- (1) evidència escassa
- (2) improbable
- (3) prou probable
- (4) molt probable
- (5) l'EA és clarament degut a l'atenció donada

Es tracta d'una escala quantitativa d'avaluació del grau de responsabilitat del clínic. Però des del punt de vista qualitatiu, es reconeixen tres grans tipus d'esdeveniments adversos en cirurgia: les complicacions, les seqüeles i els resultats negatius. Convé definir be què és cada un per poder-los diferenciar adequadament.

Complicacions

Moltes conseqüències indesitjades de les intervencions són fortuïtes, és a dir que es presenten sovint de forma aleatòria, lligades a la naturalesa i condicions basals del pacient (per edat, sexe, patologia associada i altres comorbiditats afegides) i es denominen complicacions. La probabilitat que es presentin diferents tipus de complicacions, incloent la mort, constitueixen el risc d'un determinat procediment per a un cert diagnòstic en una persona concreta.

S'entén per complicació, en cirurgia, l'aparició d'una afecció que agreuja el diagnòstic inicial o empitjora el pronòstic del procediment efectuat, en el sentit d'augmentar el risc de mortalitat, allargar el procés de recuperació o incrementar el grau de seqüela que pot deixar.^{xvi}

La cirurgia pot ser la causa de complicacions de diversos tipus:

- degudes als propis procediments quirúrgics,
- relacionades amb l'anestèsia,
- degudes a l'agreujament d'una patologia associada que l'agressió quirúrgica o les circumstàncies acompanyants (immobilitat, dejuni, depressió psíquica, deficiència immunològica, alteracions hemodinàmiques, etc.) ha servit per desencadenar.

Les complicacions es poden dividir en locals, quan afecten la zona quirúrgica, i generals, quan afecten tot l'organisme. Les complicacions generals poden ser específiques, quan

estan relacionades amb el diagnòstic principal que motiva la intervenció, o inespecífiques, quan es poden presentar indistintament en qualsevol tractament quirúrgic o no quirúrgic o en relació amb la patologia de base.^{xvii} Però no totes les complicacions que es poden presentar en el curs de l'atenció a un pacient quirúrgic tenen la mateixa transcendència, d'aquí que s'hagin proposat escales de valoració de les complicacions com la de Clavien, basada en les mesures terapèutiques emprades per al tractament de la complicació.^{xviii xix} Amb les successives modificacions, s'han afegit aspectes com el risc vital o l'efecte a llarg termini de les diferents complicacions.^{xx}

Encara que les complicacions poden ser a conseqüència del diagnòstic, del tractament o de les característiques del pacient (patologia associada), com a complicacions quirúrgiques interessin aquelles en les quals la intervenció hi juga un paper important encara que sigui només com a factor afavoridor.^{xxi}

Seqüeles

Hi ha efectes adversos que són conseqüència inevitable del propi tractament i sovint són permanents, encara que a vegades són només temporals i van minvant els seus efectes progressivament. Poden ser pal·liades amb mesures ortètiques o protètiques, amb mesures de reanimació o de rehabilitació o fins i tot amb noves intervencions reconstructives o pal·liatives. Se solen denominar seqüeles, i se solen acceptar prèviament com a part de la pròpia naturalesa del tractament, triat com a mal menor davant l'efecte molt més devastador d'una determinada malaltia o afecció.

La seqüela en cirurgia és, doncs, la conseqüència forçada que se segueix d'una intervenció, en el sentit de ròssec o allò que resta i s'arrossega de manera indesitjada; és la empremta deixada pel procediment. També s'aplica quan la causa ha estat una malaltia o un traumatisme accidental. Les seqüeles poden ser anatòmiques, fisiològiques, tècniques o funcionals. Es poden mesurar pel grau d'incapacitat funcional que comporten, tan si és temporal com permanent.

Existeixen diferents models d'escala per a l'avaluació de les seqüeles postoperatòries, en funció de diferents paràmetres com per exemple: segons la durada dels seus efectes, es poden classificar en graus:

- (0) Sense seqüeles
- (1) Mínimes: període de recuperació inferior a 1 mes.
- (2) Moderada: Període de recuperació entre 1 i 6 mesos.
- (3) Moderada: període de recuperació superior a 6 mesos.
- (4) Permanent: (<50% de discapacitat)
- (5) Permanent: (≥50% de discapacitat)
- (6) Mort

Per a l'avaluació de seqüeles cal tenir també en compte la lesió produïda (intencionada o accidental), la incapacitat o discapacitat que comporta i el grau de minusvalidesa per a la persona, incloent el nivell de dependència.

Una mesura de la lesió produïda és aquella que te en compte la incapacitat fisiològica, tant si és temporal com permanent. D'especial interès són les seqüeles que provoquen incapacitat o discapacitat permanent que poden ser causa d'un cert grau de minusvalidesa personal, en el sentit de limitació de l'autonomia d'una persona, o les conseqüències psicològiques que alteren la percepció de benestar íntim. Les limitacions

de tipus físic poden ser avaluades per aparells, sistemes o funcions del cos, però també hi han escales de valoració integral o global de limitació física de l'individu. La incapacitat fisiològica es defineix com la valoració d'una o més funcions orgàniques, en el marc d'una disminució total o parcial de les seves capacitats, en els dominis físic, intel·lectual o mental. Una forma de calibratge del grau d'incapacitat fisiològica consisteix en la mesura del seu percentatge de limitació, considerant com a normal el 100%.

Des d'un punt de vista sociolaboral, la incapacitat fisiològica no s'ha de confondre amb la minusvalidesa professional o la incapacitat laboral, que es valoren amb paràmetres de tipus legal o administratiu, no sempre coincidents amb la valoració fisiològica de l'individu.^{xxii} La incapacitat laboral pot ser també transitòria, o permanent, total o parcial, i està en relació amb aspectes jurídic-laborals o amb criteris privats relacionats amb tipus d'assegurances públiques o privades.

Resultats negatius de la cirurgia

Un tercer tipus de conseqüència indesitjable són els resultats negatius d'una intervenció que poden estar relacionats amb les característiques de la pròpia intervenció, incloent l'acció del cirurgià, amb la naturalesa específica de l'afecció tractada, rebel a aquells tipus de tractament o a altres circumstàncies negatives com les complicacions, les seqüeles o altres tipus de fallides d'assoliment dels resultat esperats.

Un resultat positiu no es pot garantir mai de manera absoluta, però és el guia de l'esperança que motiva una determinada intervenció. L'èxit del tractament pot assolir diferents nivells d'utilitat, segons el grau de qualitat de vida o d'esperança de vida aconseguits gràcies a la intervenció, comparats amb els esperats sense la intervenció.^{xxiii} Però quan fracassa l'objectiu primigeni, el resultat negatiu pot ser la conseqüència indesitjada d'una decisió d'operar que pot respondre a causes i formes de presentació diverses.

Entre les conseqüències negatives d'una intervenció hi ha les relacionades amb el diagnòstic, com la persistència o la recidiva, quan no s'han assolit els objectius fixats amb la indicació del tractament o s'han assolit només temporalment. En qualsevol cas les fallides de tractament comporten la manca d'assoliment de l'objectiu terapèutic fixat per a una determinada intervenció. La persistència de l'afecció que havia ocasionat l'operació, fa que aquesta resulti no tan sols inútil, és a dir sense efecte sobre la patologia, si no sovint també disútil, és a dir que a més ha causat les molèsties inherents a la intervenció i a vegades també efectes indesitjats amb diferents graus de gravetat, des de conseqüències banals fins a la mort. Per altra banda, malgrat l'èxit immediat d'una determinada intervenció, l'afecció que l'ha motivat pot reaparèixer al cap d'un cert temps, constituint llavors una recidiva.

Les causes possibles dels efectes adversos d'una intervenció són múltiples i variades, però aquelles que interessen fonamentalment en els casos de reclamació són les consecutives a errors mèdics, en especial si eren prevenibles.

L'error mèdic

Es denominen errors mèdics tan les actuacions perjudicials com la manca d'actuacions benefactores quan se suposa que s'havien d'haver realitzat. En qualsevol cas se suposa que

l'error és sempre no intencionat. Quan l'error mèdic és intencionat es converteix en un delict.

Com deia Sèneca: "errar és humà...", encara que afegia que "...perseverar en l'error és diabòlic". Molts epistemòlegs, com Karl Popper, han subratllat que només s'aprèn dels errors, sempre que s'analitzin i se'n treguin conseqüències encertades. L'exercici de la crítica i l'autocrítica resulten fonamentals per detectar errors de manera objectiva, analitzar els mecanismes pels quals s'han produït i extreure'n conseqüències per evitar que es repeteixin en un futur.

Quan un esdeveniment advers en cirurgia era prevenible i no s'han pres les mesures necessàries per evitar-lo, constitueix un error mèdic o error d'assistència, produït per les mancances en la planificació o execució del diagnòstic o del tractament.^{xxiv}

Tipus d'error

Existeixen també diferents classificacions dels errors. Per exemple, els errors poden ser actius o de comissió, quan són conseqüència d'actuacions actives perjudicials, però també poden ser errors passius o per omissió, quan són produïts per manca d'actuació, és a dir quan se suposa que qui tenia la responsabilitat de fer-ho no ho va fer.

La importància de l'error mèdic, tan si és per omissió com per comissió, està en el fet que la conseqüència d'una mala planificació o execució pot ser un resultat indesitjat.^{xxv} Des del punt de vista de les reclamacions, però també de l'anàlisi crítica que pretén una millora progressiva de la qualitat assistencial, és important determinar les causes de les fallides d'intenció.

Els errors humans a conseqüència de fallides en la intenció es denominen faltes que poden ser de diversos tipus:

- Fallides en l'execució com les equivocacions, descuits distraccions o entrebancs
- Faltes basades en el desconeixement
- Faltes basades en la inobservància de les regles o normes vigents

De nou, des d'un punt de vista quantitatiu, segons l'envergadura de l'error i la transcendència clínica de l'efecte advers, així com el seu grau de preventibilitat, les sospites d'error mèdic es poden classificar en diferents graus com els següents:

- (0) No error mèdic
- (1) Error mèdic lleu
- (2) Error mèdic moderat
- (3) Error mèdic greu

També les companyies d'assegurances tenen escales per calibrar les lesions degudes a errors mèdics, entre elles hi tenim el sistema de classificació de severitat de les lesions de la NAIC (*National Association of Insurance Commissioners*) que distingeix entre els següents graus:^{xxvi}

1. lesió emocional
2. lesió insignificant
3. lesió temporal menor (que requereix tractament hospitalari)
4. lesió temporal major (que requereix cirurgia)
5. lesió permanent menor (que no compromet la funció del cos)
6. lesió permanent significativa (que dificulta la funció del cos)

7. lesió permanent major (no totalment discapacitant)
8. lesió greu, de pronòstic fatal
9. mort

Mentre que, des del punt de vista qualitatiu, els errors mèdics poden ser de diferents tipus que podem agrupar com en els següents exemples:

- De diagnòstic
 - Error o retard en el diagnòstic
 - Manca d'utilització de tests indicats
 - Utilització de tests passats de moda
 - Manca de reacció davant dels resultats

- Tractament
 - Error tècnic en la realització
 - Error en l'administració del tractament
 - Error en la dosi de la droga
 - Retard evitable del tractament
 - Atenció inapropiada (no indicada)

- Prevenció
 - Manca de provisió d'un tractament profilàctic indicat
 - Monitoratge o seguiment inadequats

- Altres
 - Fallida en la comunicació
 - Fallida en l'equipament
 - Manca de comunicació de l'equip
 - Altres fallides del sistema

En molts d'aquests tipus d'error hi influeixen factors personals, no tan sols del cirurgià si no de tot l'equip sanitari. Si es pretén evitar la repetició dels errors, cal analitzar perquè es produeixen per tal de poder actuar directament sobre les causes.

Factors d'error mèdic

Sense que representi una disculpa, però quan s'analitza un possible error, cal tenir en compte les circumstàncies en les quals s'ha produït. Existeixen característiques latents o condicions generadores d'error que poden influir en els resultats, com les relacionades amb: ^{xxvii}

- Problemes en l'ambient de treball
 - entorn físic inadequat
 - mala previsió de recursos humans
 - cirurgians inadequats o amb preparació insuficient
 - assignació de tasques a cirurgians nous o passavolants
 - assignació de tractament de pacients no propis
 - sobrecàrrega de treball

- Factors individuals del personal i problemes amb l'equip
 - manca de comunicació
 - defectes de supervisió
 - manca de responsabilitat

- Problemes individuals
 - mal estat de salut física (cansament, gana, malestar...)
 - mal estat de salut mental (moral baixa, depressió, estrès, ansietat)
 - dèficit de coneixements i habilitats
 - mancances de formació
 - mancances de coneixement i experiència
 - mala previsió i càlculs
- Factors relacionats amb la tasca o la tecnologia
 - absència de protocols adequats
 - mala preparació en casos que se surten de la rutina
 - factors d'organització o maneig
 - context institucional
 - factors de l'entorn de treball
- Problemes amb el pacient
 - poc col·laborador
 - afecció clínica complexa
 - dificultats de llenguatge i comunicació

Tots aquests factors poden ser rellevants en l'aparició d'un efecte advers i sovint se'n presenta més d'un quan s'analitzen les causes de la conseqüència indesitjada. Cal establir mesures de prevenció de tots ells a l'hora de planificar una intervenció. De fet, aquests constitueix l'objecte de les noves campanyes de prevenció d'efectes adversos com les incloses dins del marc de "l'Aliança per a la Seguretat del Pacient" o són objecte d'especial estudi mitjançant indicadors de qualitat assistencial que tenen en compte diferents aspectes com: l'estructura sanitària, el procés d'atenció o els resultats analitzats mitjançant les auditories corresponents. Encara que els primers estudis van sorgir als Estats Units,^{xxviii xxix} la Unió Europea també s'hi va afegir de seguida.^{xxx} I, a poc a poc, han anat sorgint indicadors per a casos més específics.^{xxxv}

D'aquí que s'hagi vist la importància de fer èmfasi en la promoció de les denominades habilitats quirúrgiques no tècniques (*NOTSS – Non Technical Skills for Surgeons*) que inclou la formació en aspectes com:^{xxxvi}

- Avaluació, planificació, coordinació del treball
- Comunicació i treball en equip (interaccions i dinàmica de grup, tasques complexes, realització de tasques molt precises sota estrès i pressió temporal)
- Pautes de conducta al quiròfan
- Maneig de l'error
- Presa de decisions (registre i justificació del raonament, evidència científica, auditoria, cultura de seguretat)

Quan no s'ha fet res per evitar l'error, s'esdevé la negligència.

De l'error a la negligència mèdica

Quan l'error mèdic es demostra que es degut a una actuació inapropiada del metge, del cirurgià o del professional sanitari en general, es qualifica de negligència i pot tenir implicacions disciplinàries tant internes, en el propi centre de treball, com professionals o fins i tot penals.

Se sol considerar negligent l'atenció mèdica per sota de l'estàndard que resulta en dany i un resultat mèdic desafortunat.

Davant la dificultat d'establir quan un esdeveniment advers o un error mèdic és conseqüència d'una negligència o d'un fet fortuït lligat a les característiques de risc del pacient, s'han adoptat diferents postures, tan a nivell de mesures disciplinàries en un servei, com dels col·legis professionals o del sistema jurídic d'un país.

Les implicacions crematístiques que tenen moltes reclamacions per error mèdic, fan que estiguin regulades per les actuacions de companyies d'assegurances de responsabilitat mèdica que se solen tramitar a través dels col·legis professionals. Les societats científiques, sense les cobertures d'assegurança, no acostumen a prendre part en els casos de litigi i es limiten, per regla general, a aconsellar o recomanar persones expertes que puguin aportar coneixement i experiència al judici.

Existeixen diferents models, lligats a les tradicions dels diferents països en aquest tema. Així, a Austràlia funciona la OHSC (*Office of the Health Services Commissioner*) com a cos independent destinat per assistir en la resolució de queixes contra els serveis de provisió de salut.^{xxxvii} A Escòcia es va posar en marxa el 2000 el CNORIS (*The Clinical Negligence and other Risks Indemnity Scheme*) al qual han d'estar adscrits tots els hospitals. Te dues funcions:

- per una banda aconseguir l'eficiència financera a través de la gestió consorciada del risc cost-efectivitat en les reclamacions.
- per altra banda pretén establir estratègies de gestió efectiva del risc.

Les reclamacions són gestionades a través del CLO (*Central Legal Office*), dins del *National Health Service (NHS)* escocès.^{xxxviii} De manera semblant, a Anglaterra i Gales funciona la NHS LA (*National Health Service Litigation Authority*) mentre que als USA funciona la PIAA (*Physician Insurers Association of America*).

Alguns països (com Dinamarca, Suècia, Finlàndia o Nova Zelanda) consideren que la promoció de la denominada compensació "sense falta", dissenyada a partir de l'evitabilitat o prevenció més que en la negligència, permet evitar efectes secundaris del sistema de litigi basat en la demostració de negligència, com poden ser la medicina defensiva.^{xxxix} Aquest model preveu la compensació al pacient per no haver obtingut els resultats esperats per motius accidentals. Un efecte positiu del sistema és evitar la síndrome d'estrès post-litigi.^{xl} Però, per altra banda, aquest sistema de no culpabilitzar ha estat criticat recentment per alguns per la manca d'exemplaritat.^{xli}

El cirurgià no hauria de defugir mai al seva responsabilitat en l'error mèdic.^{xlii} Cal ser autocrític, reconèixer els propis errors per tal d'evitar repetir-los.^{xliii} Però cal seny per no exagerar els sentiments de culpa ni de preocupació i, sobretot, evitar l'abandonament professional discapacitant.

Cal passar del model de cirurgia independent, decisiu, autoritari i incansable al nou model de treballador en equip, previsor d'efectes indesitjats, comunicador efectiu, que accepta aportacions dels altres i sap reconèixer les conseqüències de la fatiga. La comunicació efectiva per evitar errors inclou, entre altres, mesures com: la delegació de funcions, les sessions preoperatòries i la utilització de llistats de comprovació (*checklists*).^{xliv}

Reclamacions i litigis en cirurgia

Les demandes judicials

La majoria de països tenen legislacions basades en la qualificació de mala pràctica mèdica i demostració de negligència, amb la conseqüent penalització com a conducta delictiva, condemnant amb mesures penals els casos de negligència mèdica. De totes maneres solen haver-hi dos tipus de demandes judicials:

- demandes civils: L'acusació sol anar dirigida al sistema sanitari en general o a una institució sanitària concreta i les responsabilitats solen estar cobertes per les companyies d'assegurances. La reclamació és exclusivament monetària, i es basen en que es tracta d'un efecte advers accidental. En general, les companyies d'assegurances acostumen a valorar, per davant de tot, les possibilitats de sortir el més ben parades possible del cas.^{xlv} L'objectiu és la compensació del demandant que ha sofert un efecte advers per una desviació en el procés d'atenció.
- demandes penals: L'acusació sol anar dirigida a un cirurgià en concret i l'objectiu és el seu càstig penal, encara que sol anar acompanyada de la reclamació d'una compensació econòmica, no sempre assolida per les pòlisses d'assegurances de responsabilitat civil. Sovint s'intenta afegir, a la consideració accidental, l'existència d'una falta mèdica per intentar aconseguir una reparació econòmica extra de part del propi metge o cirurgià i, per tant, el judici consisteix en examinar l'actuació del cirurgià per veure si s'ha produït una negligència que hagi causat un dany en el demandant.

Si en el primer cas es pot tractar d'un dret social del pacient, en el segon es pretén la desqualificació del cirurgià per una intervenció temerària, perillosa o malintencionada.

Tant en un cas com en l'altre, encara que en el cas de demanda penal molt més, la gran càrrega emocional que pesa sobre la responsabilitat personal del clínic, el porten sovint a la denominada síndrome d'estrès post litigi que pot tenir efectes perjudicials diversos sobre la carrera professional del cirurgià. Per una banda, la crítica o l'autocrítica excessives el poden portar a un sentiment de culpa que desencadeni un procés de tristesa, depressió i desesperació de conseqüències imprevisibles, incloent el fet de deixar la professió. Si més no, la preocupació per no passar una altra experiència similar poden convertir-lo en excessivament caut de manera que, l'angoixa, l'ansietat, la por o fins i tot el pànic, el portin, com a mínim, a deixar de fer determinades intervencions per les quals pot estar més capacitat i amb més experiència que altres, privant a la societat de l'efecte benefactor de molts anys d'experiència i formació. Una reacció anòmala a aquestes situacions és la denominada medicina defensiva, en la qual preval la por a ser jutjat per davant de l'interès pel pacient.

Com que no resulta fàcil de determinar el grau de culpabilitat, en un procés complex com l'atenció sanitària en el qual hi intervenen molts factors que poden influir en el resultat indesitjat, se sol recórrer a experts que ajudin a discernir la naturalesa de cada actuació. A aquests experts, que pot proposar la part demandant o la part demandada o poden actuar a petició del jutge, se'ls sol denominar perits i la seva funció consisteix en aportar els coneixements necessaris per poder realitzar una anàlisi crítica de l'actuació sota sospita, mitjançant un informe denominat peritatge.

Els peritatges mèdics

L'opinió dels experts acostuma a ser rellevant a l'hora de determinar fins a quin punt s'ha

produït una negligència mèdica en un cas concret o be s'ha produït esdeveniments adversos, de manera fortuïta, sense que es pugui considerar al professional com a culpable absolut de les conseqüències derivades dels seus actes.

Els informes dels perits o peritatges acostumen a tenir valor com a prova judicial ja sigui a favor o en contra de qualsevol de les dues parts litigants.

Les característiques que hauria de tenir un testimoni expert no han estat ben definides, encara que, des d'un punt de vista metodològic, hauria de reunir unes determinades característiques.^{xlvi} Per exemple no és acceptable una opinió d'expert basada en una assumpció o en un fet sense suport evident, amb elements especulatius o conjecturals. En aquests casos, la part contrària pot denunciar la manca de valor com a prova i sol·licitar que sigui exclòs del procés. El perit ha de ser un metge expert, és a dir que ha de ser capaç de diferenciar entre una negligència real i les complicacions reconegudes que s'esdevenen com a resultat de la incertesa mèdica o de factors que van més enllà de la negligència del metge encausat.

Un primer problema consisteix en saber si el perit és realment expert en el tema que l'ocupa. Una bona manera de demostrar-ho pot consistir en començar el testimoni de la seva opinió, acreditant la pròpia experiència personal, amb referències clíniques específiques, amb guies clíniques basades en evidències i en l'aportació d'opinions generalment acceptades en aquell camp o especialitat. És en el reconeixement de l'expertesa en un camp determinat, on les societats científiques poden jugar un paper fonamental.

El paper de les societats científiques en els litigis

Les funcions esperades

El paper fonamental de les societats científiques hauria de ser el de definir les característiques generals que han de regir l'anàlisi crítica d'un cas clínic, en qualsevol circumstància, ja sigui assistencial, científica o judicial. Naturalment les normes exigeixen fer prevaldre els criteris en els quals es basa el mètode científic: d'objectivitat, reproductibilitat, experiència, fonament en fets i proves i sobretot intentant aclarir fins a quin punt, una actuació diferent podia haver evitat l'error o l'efecte advers considerat.

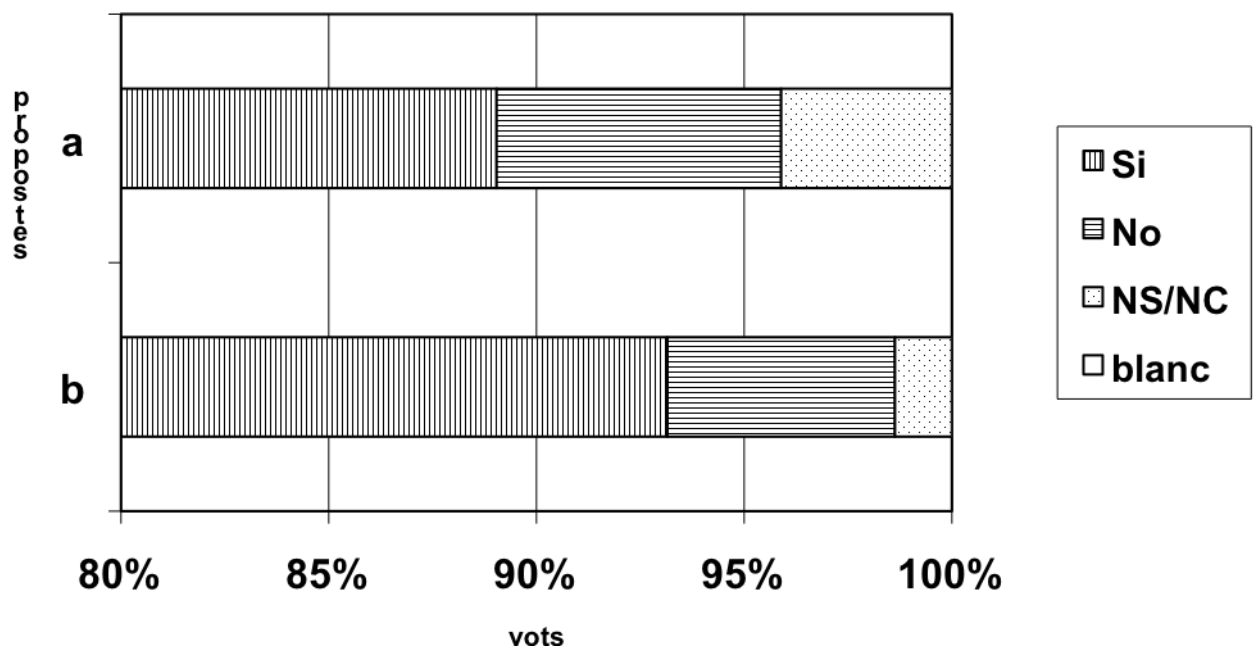
En qualsevol avaluació d'una acció quirúrgica s'ha de tenir en compte que l'atenció del cirurgià s'inicia en el període preoperatori, durant el qual les mesures preventives de possibles complicacions o efectes adversos resulta fonamental, s'estén al llarg del període peroperatori i arriba fins al moment de l'alta definitiva del pacient, al final del període postoperatori. Les societats científiques haurien de col·laborar en la difusió i la implantació de tot tipus de mesures encaminades a prevenir resultats indesitjats durant els tres períodes esmentats.

A partir de la preocupació pel tema de les reclamacions en cirurgia, expressada per un cert nombre de socis de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC), es va organitzar una taula rodona per parlar del tema i d'allà en van sortir algunes opinions controvertides. Per tal de conèixer la opinió majoritària dels cirurgians catalans sobre la prevenció de casos de litigi, es va realitzar una enquesta a través de la web en la qual es demanava l'opinió sobre una sèrie d'aspectes que permetessin establir uns principis de conducta d'una societat científica, com la SCC, davant d'aquests casos.

En general, s'ha observat un bon grau de consens, pel que es refereix a les funcions i actituds que hauria d'adoptar una societat científica en relació als casos de reclamació i litigi. S'han agrupat les mesures per grups per tal de facilitar les comparacions en els graus d'acceptació o rebuig.

- Mesures de col·laboració amb el sistema judicial (Veure gràfic 1)

Gràfic 1: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 1)

Mesures de col·laboració amb el sistema judicial:

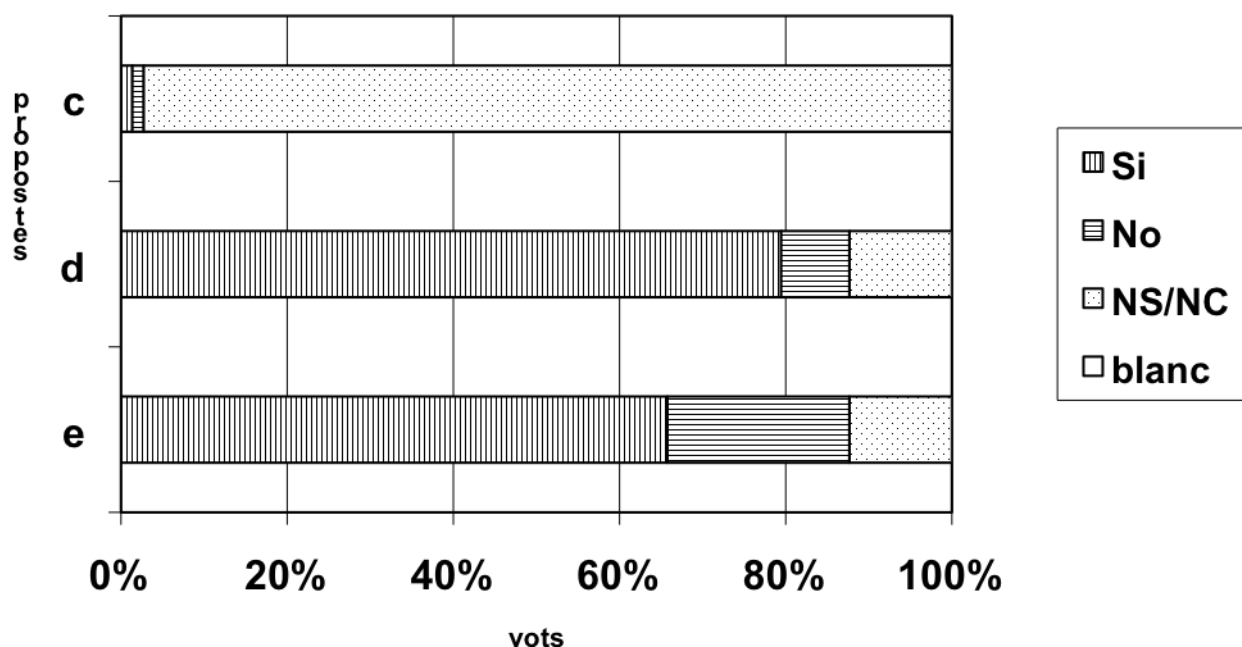
a - col·laborar amb la justícia de manera que no quedin impunes les males pràctiques reals, sense que els cirurgians honestos vegin perjudicada la seva carrera per demandes infundades lligades únicament a interessos econòmics

b- certificar si un perit està acreditat o no per opinar sobre un determinat cas

Si be algun dels enquestats considerava que la col·laboració amb la justícia s'hauria de limitar a aconsellar possibles perits experts en el tema de la reclamació, en general, la majoria ha opinat que les dues proposicions eren adequades.

- Mesures de suport als membres de la Societat (Veure gràfic 2)

Gràfic 2: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 2)

Mesures de suport als membres de la societat:

c- cercar formes de suport als socis injustament tractats pels mitjans de comunicació, en casos de reclamació

d- tenir algun paper en la prevenció i tractament de l'estrès post-litigi dels seus membres

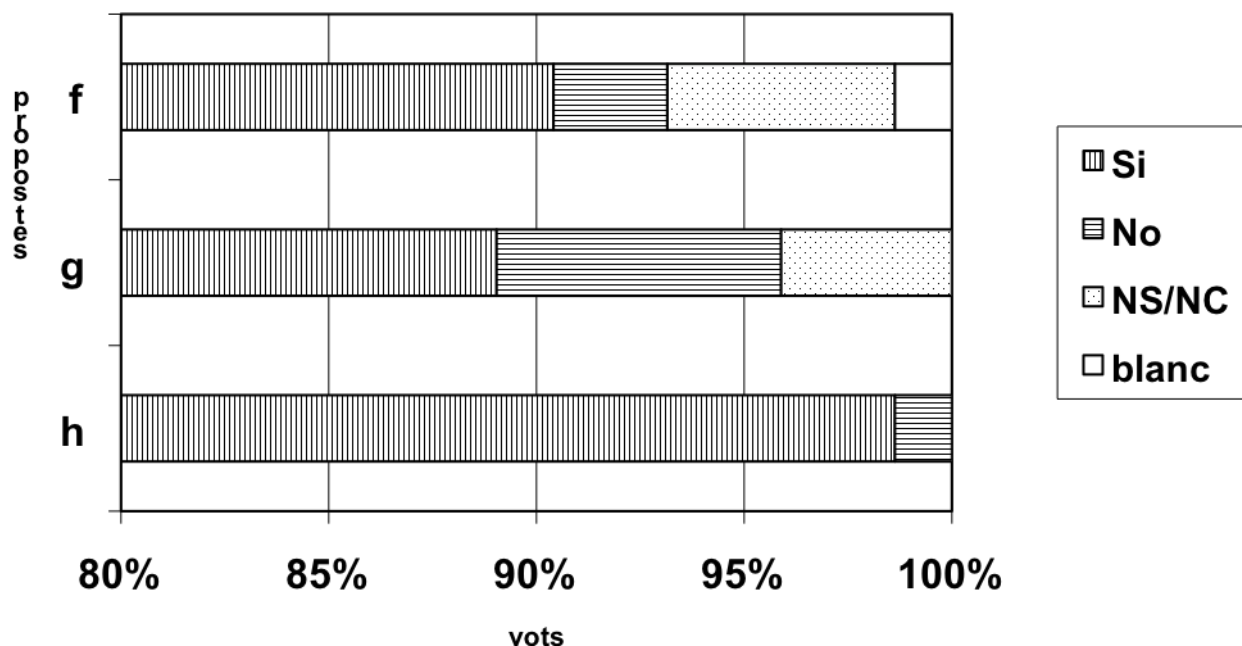
e- garantir, mitjançant les oportunes certificacions, que els membres que així ho hagin acreditat tenen reconeguda la capacitat per efectuar cada tipus determinat d'intervenció

Algunes iniciatives proposades com la de cercar formes de suport als socis injustament tractats pels mitjans de comunicació en casos de reclamació, no han estat ben enteses i no han tingut una acceptació clara per part dels enquestats. Precisament aquest és un tema que havia sorgit en una sessió pública en la qual es parlava de reclamacions en cirurgia i, davant l'explicació del seu cas per part d'una persona afectada per una reclamació, la demanda d'ajuda als companys de la societat va semblar raonable a la majoria dels assistents motivats emocionalment per l'exposició del cas. En canvi, no sembla haver estat compresa fora del context emocional que la va motivar. És possible que l'expressió: "formes de suport als socis injustament tractats pels mitjans de comunicació" fos massa inconcreta i hauria calgut precisar-la més.

En canvi l'acceptació de col·laborar a prevenir l'estrès post-litigi ha estat acceptada majoritàriament, mentre que la possibilitat d'acreditar la capacitat de realitzar cada tipus d'intervenció, ha estat acceptada majoritàriament però amb un grau d'oposició més alt.

- Mesures d'estudi i anàlisi dels efectes adversos (Veure gràfic 3):

Gràfic 3: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 3)

Mesures d'estudi i anàlisi dels efectes adversos:

f- ajudar a determinar quins són els factors que afavoreixen l'error mèdic en cirurgia i proposar mesures de prevenció

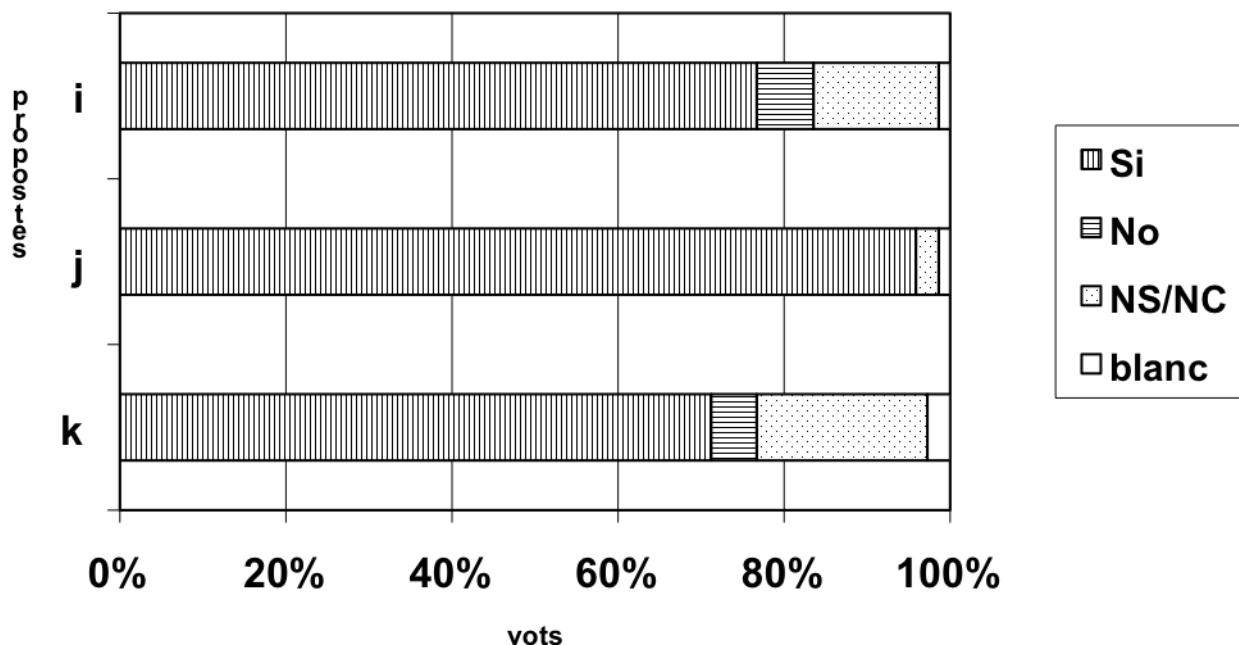
g- promoure la implantació de classificacions comuns d'efectes adversos en cirurgia (complicacions, seqüeles, resultats negatius), per tal d'unificar criteris d'avaluació i comparació de resultats

h- promoure la revisió i el registre de tots els casos de morbimortalitat en les sessions clíniques corresponents així com el monitoratge de la recollida de dades de complicacions i mortalitat com a mesura indispensable de qualitat assistencial

Com era d'esperar, l'estudi dels factors que contribueixen a la gènesi d'errors, la unificació de criteris de classificació d'efectes adversos, així com el seu registre i anàlisi posterior són considerat elements convenients per a la millora de la qualitat assistencial.

- Mesures de prevenció de la mala pràctica i els efectes adversos (Veure gràfic 4):

Gràfic 4: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 4)

Mesures de prevenció de la mala pràctica i els efectes adversos:

i- col·laborar a la implantació de mesures com la utilització dels llistats de seguretat en cirurgia (*surgical safety checklist*)

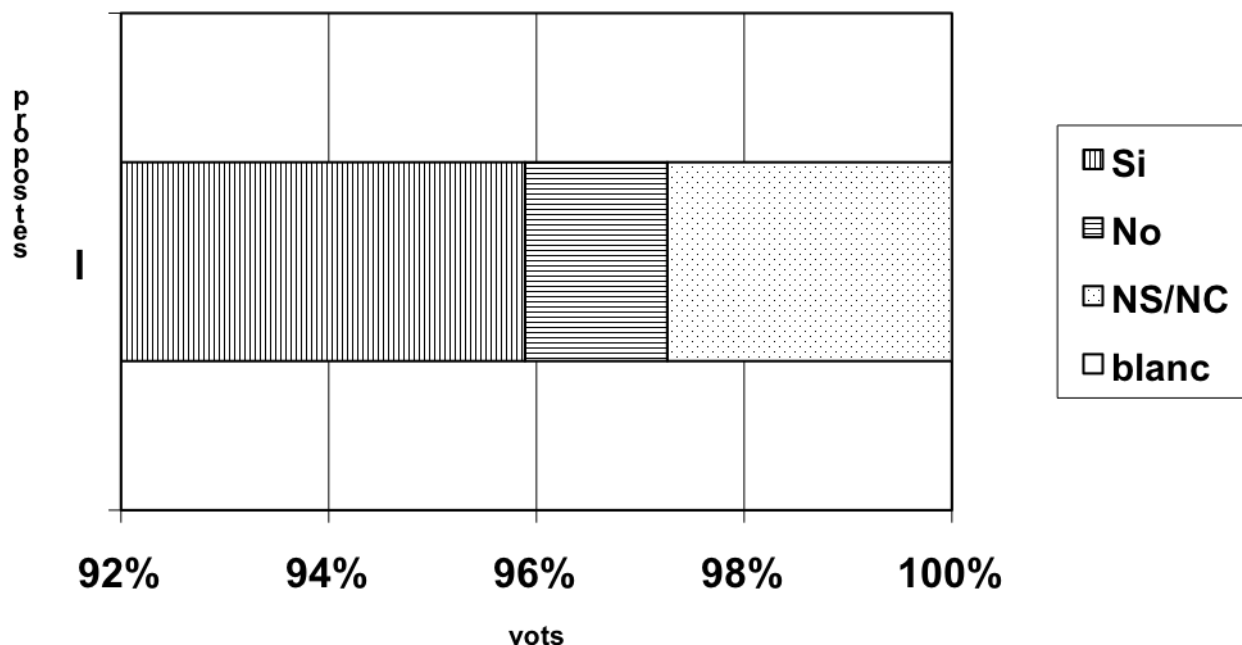
j- ajudar a difondre els protocols de mesures profilàctiques en pacients quirúrgics amb risc de complicacions relacionades amb la intervenció i amb les patologies associades

k- participar en les iniciatives públiques per promoure la qualitat assistencial en cirurgia, com ara les del tipus de l'Aliança per a la Seguretat del Pacient o el Comitè d'Establiment d'Indicadors de Qualitat Assistencial

També les mesures de prevenció d'efectes adversos són considerades desitjables majoritàriament, encara que les mesures concretes de seguretat i encara més la col·laboració amb l'administració pública per promoure la seguretat dels pacients són vistes, pot ser, amb un discretament més alt grau de recel. ^{xlvi}

- Mesures d'educació sanitària de la població en general (Veure gràfic 5)

Gràfic 5: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 5)

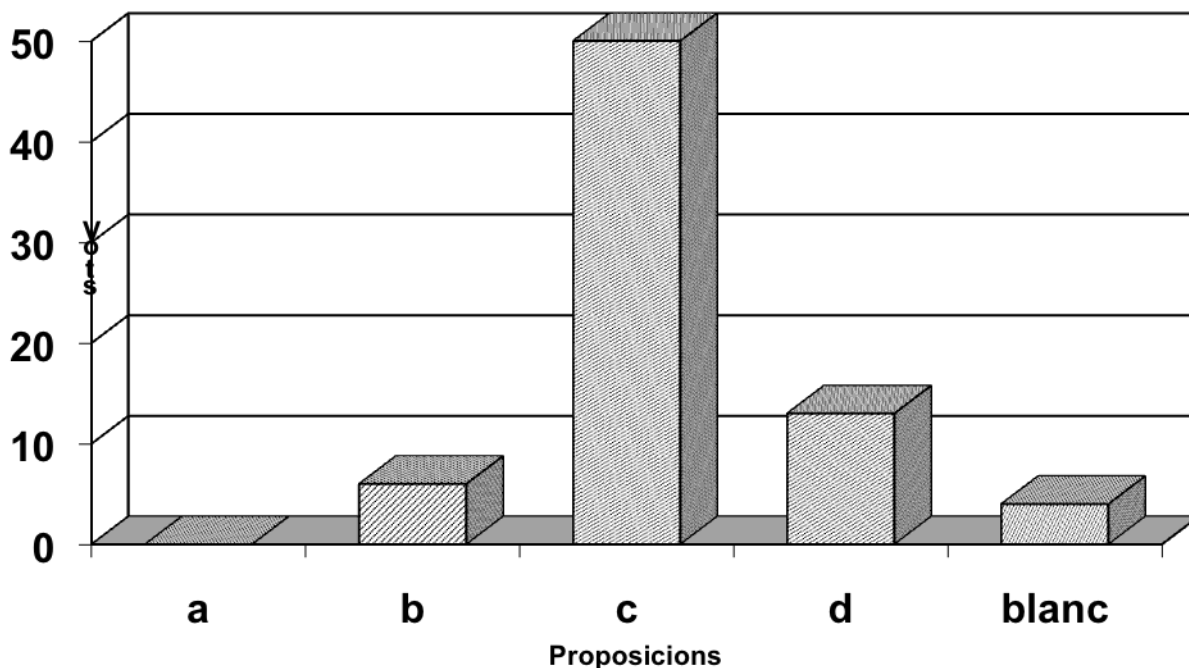
Mesures d'educació sanitària de la població en general:

l- promoure la informació al ciutadà, deixant clar que, si bé les possibilitats terapèutiques de la cirurgia en les diferents patologies quirúrgiques són avui en dia molt importants, no estan exemptes de risc i cal evitar: tan les esperances excessives com les incomprensions davant dels efectes adversos

Sembla que estendre, a la societat en general, informació sobre aspectes propis de l'exercici de la cirurgia, es considera una bona tasca que les societats científiques no haurien de descuidar. La qual cosa suposa un grau d'implicació amb la comunitat prou remarcable, tot i que també significa la voluntat d'establiment d'unes expectatives realistes en la població, fugint de la propaganda injustificada.

El fet d'haver de triar entre una sèrie d'afirmacions en relació al tema del litigi en cirurgia, pretenia posar de manifest el sentiment majoritari entre els cirurgians. (Veure gràfic 6).

Gràfic 6: Opinió dels cirurgians en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 6)

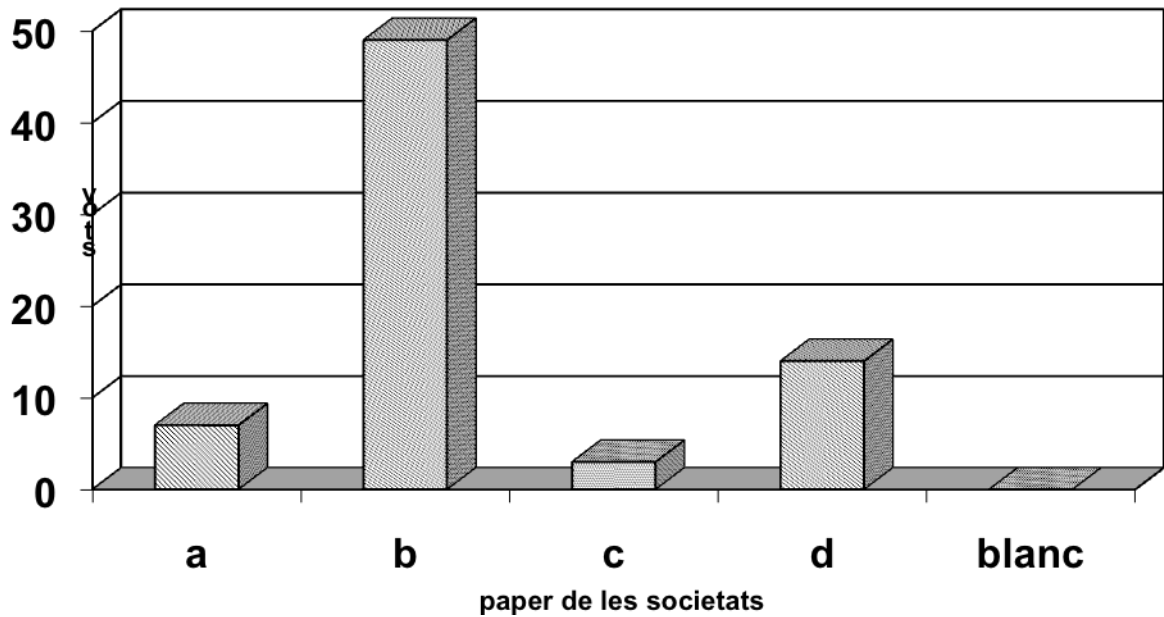
Proposició amb la qual s'està més d'acord:

- Els efectes adversos de la cirurgia són inevitables i mai són culpa del cirurgià
- Els errors mèdics formen part de la naturalesa humana i els metges no ens en podem escapar
- El risc quirúrgic existeix sempre però es pot intentar minimitzar amb mesures preventives que cal tenir en compte
- Les societats científiques tenen el deure ètic de promoure la qualitat assistencial en l'àmbit que li és propi

En general s'ha optat per adoptar una visió realista de la cirurgia. El consens majoritari en confirmar que el risc quirúrgic existeix sempre però es pot intentar minimitzar amb mesures preventives que cal tenir en compte, significa adoptar una visió pràctica i basada en evidències. Altres propostes com la de considerar que les societats científiques tenen el deure ètic de promoure la qualitat assistencial en l'àmbit que li és propi, ha tingut acceptació però en un segon terme i s'ha considerat molt menys rellevant la consideració que els errors mèdics formen part de la naturalesa humana i els metges no ens podem escapar. No cal dir que la consideració que els efectes adversos de la cirurgia són inevitables i mai són culpa del cirurgià no ha tingut cap defensor. Tot plegat no fa si no confirmar que els professionals de la cirurgia estan preocupats no tan sols per la qualitat de les seves actuacions, també per afrontar amb realisme la seva tasca, sense oblidar els aspectes ètics que comporta.

Una altra qüestió consistia en determinar el principal paper que haurien de jugar les societats científiques quirúrgiques en els casos de reclamacions per mala pràctica mèdica. (Veure gràfic 7).

Gràfic 7: Actitud de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic7)

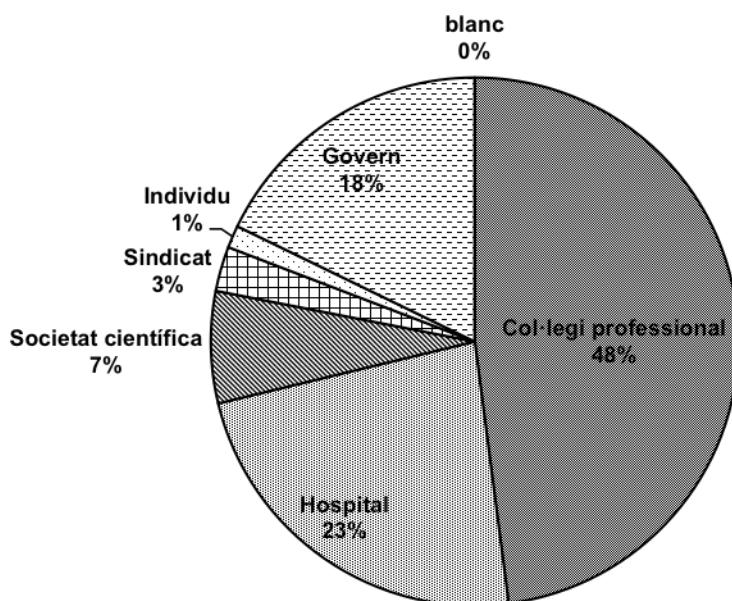
Paper de les societats científiques quirúrgiques, en els casos de reclamacions per mala pràctica mèdica

- a. Defensar sempre al cirurgià
- b. Avaluar críticament l'actuació del cirurgià, quan se li demani, per part d'una comissió adequada i emetre un informe pericial que determini si hi ha hagut negligència
- c. Inhibir-se completament del tema perquè no li correspon de posar-s'hi
- d. Recomana un expert perquè actuï de perit judicial

La resposta majoritàriament acceptada com a primordial ha estat la d'avaluar críticament l'actuació del cirurgià, per part d'una comissió adequada, emetent un informe pericial que determini si i ha hagut negligència, quan se li demani. Un nombre més reduït dels enquestats opinaven que les societats científiques s'havien de limitar a recomanar un expert perquè actuï de perit judicial, mentre una minoria encara més gran considerava que havien de defensar sempre al cirurgià i una altra encara més minoritària creia que el que havien de fer és inhibir-se completament del tema perquè no li correspon de posar-s'hi. De nou la revisió realista i professional sembla predominar sobre les fórmules més corporativistes o inhibidores.

Moltes reclamacions en cirurgia estan dirigides a obtenir una compensaci3 econ3mica per un resultat advers i aix3 fa que les companyies d'asseguranci a tinguin p3lisses de responsabilitat civil que cobreixen aquestes circumstancies de manera individual o col·lectiva. (Veure gràfic 8).

Gràfic 8: Possible responsable de la gesti3 de casos de reclamaci3 o litigi



(Llegenda gràfic8)

Responsables de contractar les p3lisses d'asseguranci a de responsabilitat civil i per tant implicar-se del tot en les reclamacions mèdiques

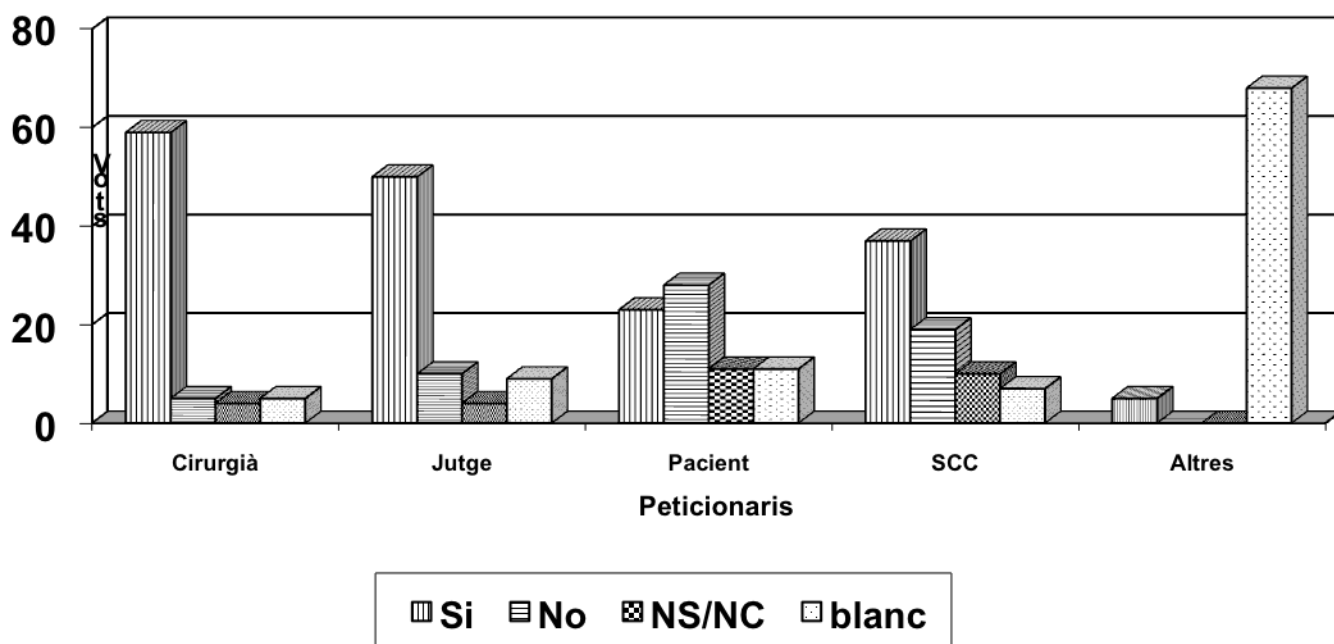
- Els col·legis professionals (com el Col·legi de Metges, que són els que ja ho estan fent; al menys cobren les p3lisses)
- Els centres de treball (hospitals, empresa o serveis implicats)
- Les societats científiques com la Societat Catalana de Cirurgia
- Els sindicats que s'ocupen de les relacions (incloent reclamacions) laborals
- Cadascú pel seu compte i risc
- L'administraci3 pública a través d'una oficina adscrita (en el nostre cas al Servei Català de la Salut)

La majoria dels enquestats creuen que són els col·legis professionals (com el Col·legi de Metges, que ja ho està fent) qui ha de contractar les p3lisses i per tant s'han d'implicar del tot en les reclamacions mèdiques. Menys de la meitat opinen que haurien de ser els centres de treball (hospitals, serveis...) que fessin aquest paper, mentre una proporci3 lleugerament més baixa considera que hauria de ser l'administraci3 pública a través d'una oficina adscrita (en el nostre cas al Servei Català de la Salut). Només una minoria opina que haurien de ser les societats científiques i gairebé ningú creu que s'hauria de deixar en mans dels sindicats (que s'ocupen de les relacions laborals) i molt menys deixar-ho només en mans de cadascú pel seu compte i risc. En conjunt dona la sensaci3

que, en qualsevol cas, s'està d'acord en compartir responsabilitats i, sobretot, tenir, davant l'adversitat, l'ajuda de l'entorn representat pels diferents col·lectius que envolten al cirurgià.

Un altre qüestió es establir a petició de qui s'haurien d'implicar les societats científiques en els casos de litigi. (Veure gràfic 9).

Gràfic 9: Implicació de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 9)

A petició de qui s'haurien d'implicar les societats científiques en els casos de litigi:

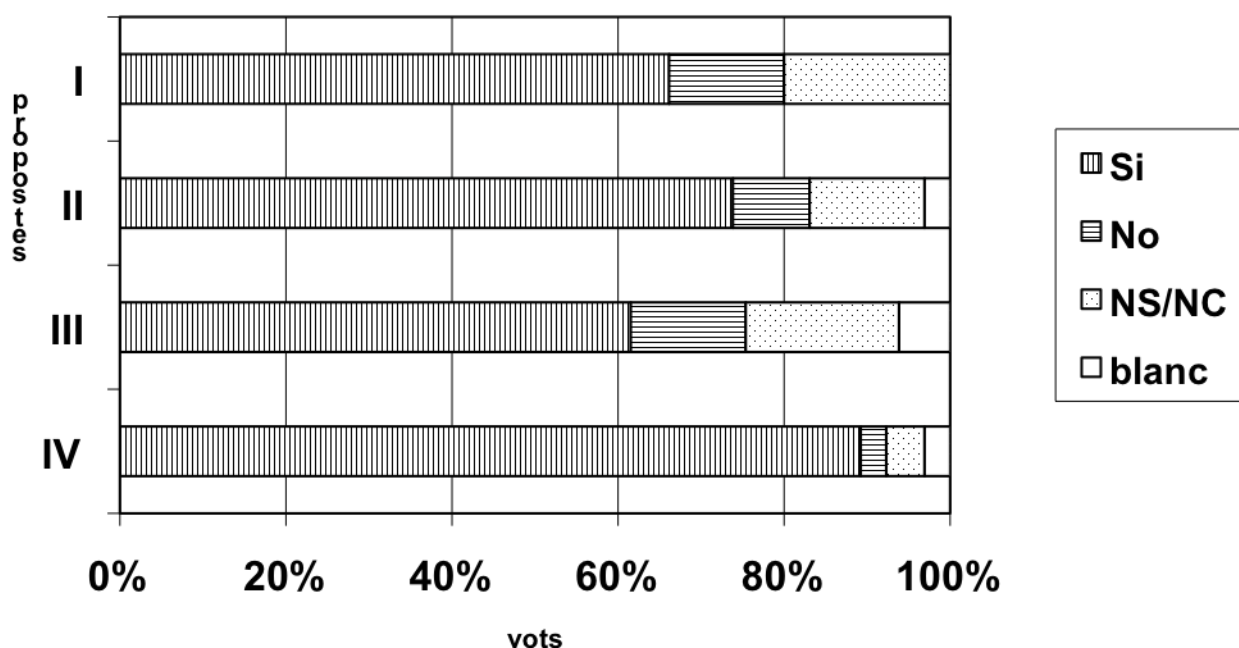
- el cirurgià (demandat, soci)
- el jutge
- el pacient (demandant)
- la SCC (societat científica com a salvaguarda de la dignitat del col·lectiu)
- Altres

Com era d'esperar, una gran majoria creu que el cirurgià demandat (soci) és qui te el dret de poder demanar o no l'opinió de la societat científica de la qual forma part. En menor proporció, però força elevada encara, consideren que també el jutge pot reclamar d'una societat científica la seva col·laboració en un cas concret. També una majoria, menys rellevant numèricament, creu que la pròpia societat científica (la pròpia SCC) es pot constituir en avaluador espontani dels casos de litigi, com a salvaguarda de la dignitat del col·lectiu, proposta que ha comptat amb un grau d'oposició una mica més alt que en els casos precedents. Per últim, si be alguns acceptarien que també el demandant (pacient) pogués acudir a la societat científica per recavar la seva opinió sobre un cas, aquells que s'oposen a aquesta possibilitat, supera per poc als que la contempen. Entre les

observacions apuntades sobre el tema hi trobem: des dels que opinen que la SCC s'hi hauria d'implicar sempre, davant d'un litigi, de forma automàtica i per la via més ràpida, fins als que consideren que només s'hi ha d'implicar quan ho demani un demandat o el centre on treballa. És de ressaltar la consideració que, en tot cas, no ha de ser parcial si no que ha de defensar sempre una visió objectiva dels fets.

En relació a mesures que caldria promoure en relació a possibles casos de litigi, s'han revisat algunes com les següents. (Veure gràfic 10).

Gràfic 10: Aspectes a tenir en compte davant de possibles casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 10)

Propostes

I. el registre en els llibres d'actes corresponents de les conclusions de les sessions de morbimortalitat podrien ser un factor pal·liatiu en casos de reclamacions o litigi per mala pràctica

II. seria interessant o convenient crear una comissió, per analitzar els casos de reclamacions, com ara el Consell d'Avaluació Científica i Ètica de la Pràctica Assistencial Quirúrgica (CACEPAQ)

III. s'hauria d'evitar el corporativisme per mantenir la dignitat i el respecte de la nostra Societat

IV. la Societat Catalana de Cirurgia hauria de garantir el compromís social de la nostra tasca, conservant la credibilitat i el caràcter altruista i filantròpic de la pràctica quirúrgica, inseparable del seu rigor científic

La consideració que la Societat Catalana de Cirurgia ha de garantir el compromís social de la pràctic quirúrgica, el rigor científic i la credibilitat i caràcter altruista, ha tingut una acceptació majoritària. Un grau d'acceptació una mica menor, encara que també

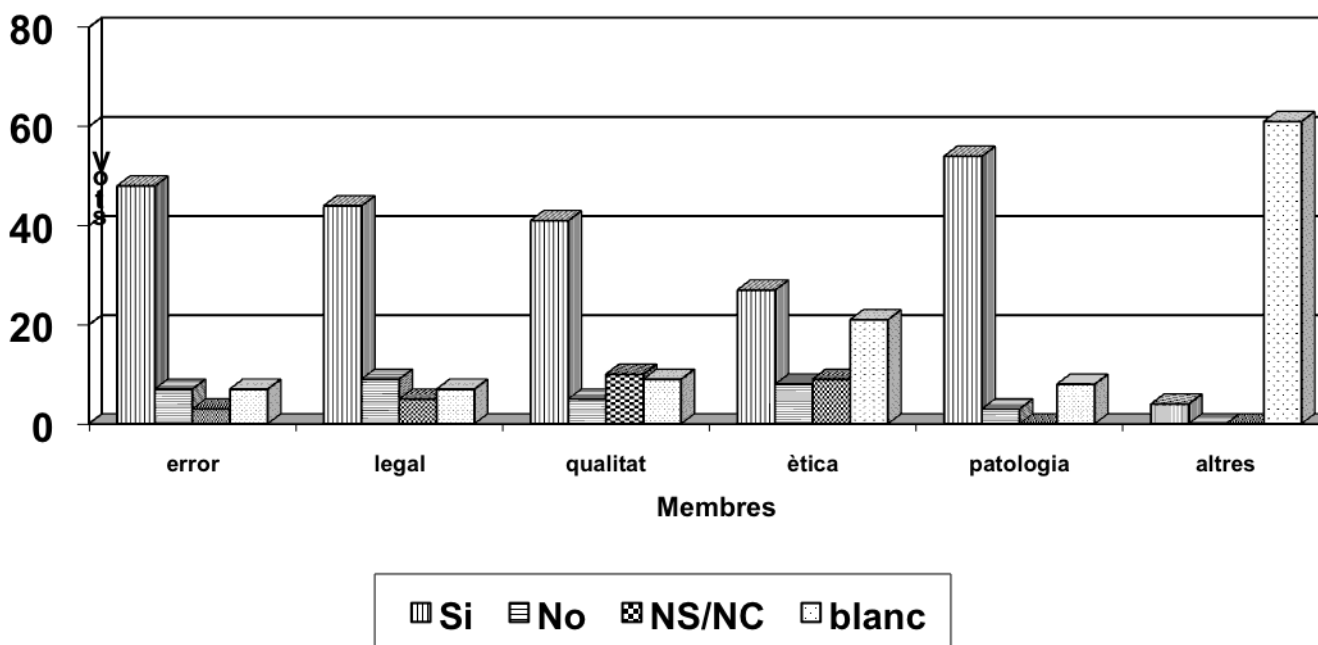
majoritari, ha tingut la consideració que: cal evitar el corporativisme per tal de conservar la dignitat i el respecte que corresponen a una societat científica.

Com ja havia quedat palès en l'enquesta sobre sessions de morbimortalitat en cirurgia i en el document de consens aprovat fa uns anys, hi ha hagut acord majoritari en el fet de considerar que el registre, en els llibres d'actes corresponents, de les conclusions de les sessions de morbimortalitat, pot ser un factor pal·liatiu en casos de reclamacions o litigi per mala pràctica.^{xlviii}

Per altra banda també s'ha considerat interessant o convenient la creació d'una comissió que es convoqués en els casos de litigi que ho requereixin, que, en el marc de la Societat Catalana de Cirurgia, es podria denomina "Consell d'Avaluació Científica i Ètica de la Pràctica Assistencial Quirúrgica (CACEPAQ)".

Diferents persones podrien formar part d'aquest Consell, en funció dels seus coneixements. (Veure gràfic 11).

Gràfic 11: Possibles membres d'un consell avaluador de casos de reclamació o litigi



Llegenda gràfic 11)

En el marc d'una societat científica quirúrgica, quins podrien ser els possibles membres d'un consell avaluador format per cirurgians que aportessin coneixement sobre els següents aspectes:

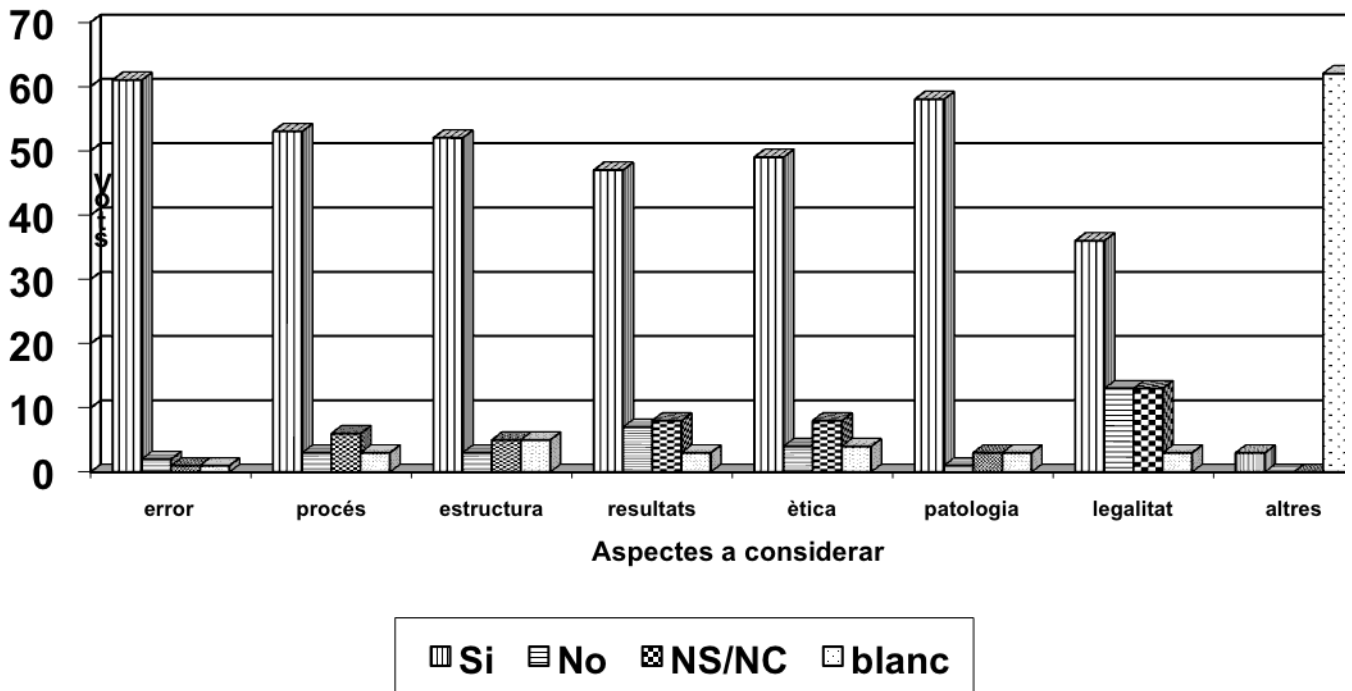
- Error: experts en estudi d'error mèdics i les seves conseqüències i prevenció
- Legal: experts en peritatges mèdico-legals, medicina legal, metges/advocats
- Qualitat: experts en qualitat assistencial (coneixedors dels indicadors d'estructura, de procés i de resultat)
- Ètica: experts en aspectes bioètics de la pràctica quirúrgica
- Patologia: experts en el tipus d'afecció i d'intervenció en concret. A nomenar cada vegada, segons el cas i circumstàncies.
- Altres

Com era d'esperar són els experts en la patologia concreta que ha motivat una intervenció els que s'han considerat de forma més majoritària com a membres d'aquesta comissió. També els experts en errors mèdics, situacions legals similars o en qualitat assistencial, per aquest mateix ordre, han estat considerats majoritàriament valuosos com a membres de la comissió. Els experts en bioètica, tot i ser també majoritàriament considerats útils en la comissió, han tingut un grau d'acceptació més baix.^{xlix}

Alguns han insistit en el fet que sobretot siguin experts en temes judicials, o que siguin cirurgians assistencials en actiu, en institucions i amb dedicacions similars a les del cas presentat. Dins de l'apartat d'altres possibles membres s'ha apuntat la conveniència de comptar també amb especialistes mèdics que tractin habitualment amb pacients postquirúrgics. Un dels enquestats ha considerat important ressaltar que, com es diu popularment "la roba bruta es renta a casa, per sortir fent un bon goig", se suposa que en el sentit de tenir en compte la importància de la confidencialitat per tal de conservar la credibilitat i la imparcialitat d'aquest tipus de comissions.

Per fi s'han analitzat els possibles criteris que haurien de regir l'avaluació dels casos problemàtics per reclamació o litigi. (Veure gràfic 12).

Gràfic 12: Criteris per a l'avaluació de casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 12)

Aspectes a tenir en compte per avaluar cassos de mala pràctica quirúrgica

- Error: Existència d'errors mèdics en el procés d'atenció
- Procés: Defectes de qualitat assistencial tenint en compte els indicadors de procés
- Estructura: Defectes de qualitat assistencial tenint en compte els indicadors d'estructura
- Resultats: Defectes de qualitat assistencial tenint en compte els indicadors de resultats
- Ètica: Característiques bioètiques concurrents en el procés
- Patologia: Naturalesa de la patologia a tractar, de les alternatives de tractament, del risc específic del pacient per les seves condicions basals (edat, sexe, comorbiditats...)
- Legalitat: Circumstàncies mèdico-legals, de peritatge, de naturalesa de la demanda, de tipus d'assegurança del reclamant i del reclamat...
- Altres

En relació als aspectes que s'haurien de tenir en compte per avaluar un possible cas de mala pràctica quirúrgica, el que ha tingut un grau d'acceptació més majoritari és el que pretén discernir sobre l'existència o no d'errors mèdics en el procés d'atenció quirúrgica. La segona consideració més acceptada ha estat la de tenir en compte la naturalesa de la patologia a tractar, de les alternatives de tractament i del risc específic del pacient per les seves condicions basals (edat, sexe, comorbiditats...). En quan a l'avaluació de defectes de qualitat assistencial, s'han valorat per aquest ordre d'acceptació dels indicadors: de procés, d'estructura i de resultats. / Una mica per sobre del darrer s'han considerat rellevants també les característiques bioètiques concurrents en el cas. Les circumstàncies mèdico-legals, de peritatge, de naturalesa de la demanda, de tipus d'assegurança del reclamant i del reclamat, s'han considerat també, majoritàriament, rellevants al cas però amb un grau menor d'acceptació.

També s'han postulat altres consideracions a tenir en compte com: la relació entre errors i anys exercici, l'entorn del professional (no només metges, també: recursos, pressió assistencial o estat físic del demandat en el moment de l'error).

Una opinió sintètica considerava que si avaluem un cas de mala praxis, ens hem de centrar en si la praxis ha estat inadequada o no i deixar de banda les demés consideracions.

En general, diverses aportacions han incidit el fet que es tracta de punts difícils de tractar i motiu de debat intens però que cal introduir rigor per part de la SCC. Algú ha reclamat contemplar la participació dels propis companys com a factor per engegar processos de reclamacions.

També hi han hagut diverses propostes en relació a l'obtenció de compensacions per danys i perjudicis en els casos d'absolució del demandat. Per exemple consideracions com que s'hauria de instaurar una pòlissa d'assegurances que garantís una demanda automàtica (voluntària), en contra del demandant, si el demandat és absolt, o que hauria d'existir una entitat (SCC o COMB) que s'encarregués de donar una resposta adequada contra tota demanda judicial injustificada pel fet que provoca pèrdua de temps, preocupació i genera dubtes respecte a la professionalitat del cirurgià. Alguns van més enllà i creuen que en cas de sentència no condemnatòria, el COMB i la SCC haurien d'actuar no tan sols contra la part demandant, quan hagin perjudicat (sobretot si la seva opinió s'ha fet pública), si no també contra els mitjans de comunicació que difonen errors no provats. Hi ha doncs una certa preocupació per demanar les rectificacions corresponents, si convé associant una contrademanda per danys psicològics.

Per altra banda hi ha qui emfatitza la necessitat d'implantar mesures d'autocorrecció, dignificant la professió i la SCC davant de l'opinió pública. També hi ha qui remarca que la SCC no es una entitat judicial i, per tant, el seu paper ha de ser només consultiu, de manera que pot emetre opinions i donar suport als seus membres injustament tractats, sense que hagi de anar més enllà. Per fi hi ha qui creu que pot ser es tractaria simplement de poder fer una taula rodona amb companys, metges implicats per col·laborar amb l'implicat, tenint en compte que moltes vegades es produeix el problema, error o resultat advers, NO per culpa directa del cirurgià si no que el cirurgià és un peça més de l'entramat hospitalari i no sempre l'únic o el principal responsable.

En resum, els resultats d'aquesta enquesta reflecteixen l'opinió dels cirurgians catalans en relació a les reclamacions i litigis relacionats amb l'exercici de la cirurgia com a professió i, si més no, posen de manifest el compromís de la majoria de professionals amb la qualitat de l'assistència que proporcionen i també, naturalment, el temor davant les males interpretacions, els abusos amb finalitats purament crematístiques o la falta de respecte d'alguns mitjans que, oblidant el dret a la presumpció d'innocència, poden causar danys irreparables a professionals honestos i valuosos.

Si be molts d'aquests aspectes, motiu de preocupació, corresponen més a les associacions professionals com els col·legis de metges, no hi ha dubte que els errors mèdics constitueixen un problema de caràcter social per la seva magnitud i transcendència, que mereixen ser abordats, amb perspectiva científica, com una patologia emergent en la societat del benestar, no tan sols com a salvaguarda de la

dignitat professional de metges i cirurgians, si no també com un mal a conèixer, prevenir i tractar, com qualsevol altra causa d'infermetat i de risc vital o d'alteració de la qualitat de vida de les persones.

Sala Pedrós J.

BIBLIOGRAFIA

- ⁱ Bhattacharya K, Cathrine N. Reporting Surgical Errors: Myth or Reality? Indian J. Surg. 2004; 66 (1): 15-18.
- ⁱⁱ Engel E, Livingstone EH. Solving the Medical Malpractice Crisis. Use of a Clear and convincing Evidence Standard. Arch. Surg. Mar 2010; 145 (3): 296-301.
- ⁱⁱⁱ Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Demakis J, et al. The Department of Veterans Affairs' NSQIP. The First National, Validated, Outcome-Based, Risk-Adjusted, and Peer-Controlled Program for the Measurement and Enhancement of the Quality of Surgical Care. Ann. Surg. Oct. 1998; 228 (4): 491-507.
- ^{iv} Rogers SO. The Holy Grail of Surgical Quality Improvement: Process Measures or risk-Adjusted Outcomes?. The Am. Surg. Nov. 2006; 72 (11): 1046-50.
- ^v Sala Pedrós J. Evolució en Cirurgia : Les Societats Científiques. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre Commemoriatiu Inici del Curs 2009-10. Barcelona, Octubre de 2009: 53-61.
- ^{vi} Copeland GP. The POSSUM System of Surgical Audit. Arch. Surg. Jan 2002; 137: 15-9.
- ^{vii} Boulton M, Maddern GJ. Clinical Audits: Why and for Whom. ANZ. J. Surg. 2007; 77: 572-8.
- ^{viii} Martin R, Brennan M, Jaques D. Quality of Complication Reporting in the Surgical Literature. Ann Surg. June 2002; 235 (6): 803-13.
- ^{ix} De Oliveira M, Winter J, Schafer M, Cunningham S, Cameron J, Yeo C, Clavien PA. Assessment of Complications after Pancreatic Surgery. A Novel Grading System Applied to 633 Patients Undergoing Pancreaticoduodenectomy. Ann Surg. Dec. 2006; 244 (6): 931-9.
- ^x Maggard M, McGory M, Ko C. Development of Quality Indicators: Lessons Learned in Bariatric Surgery. The Am. Surg. Oct. 2006; 72 (10): 870-4.
- ^{xi} Feldman L, Barkun J, Barkun A, Sampalis J, Rosenberg L. Measuring Postoperative Complications in General Surgery Patients Using an Outcomes-based Strategy: Comparison with complications presented at Morbidity and Mortality Rounds. Surgery. Oct. 1997; 122 (4): 711-20.
- ^{xii} Sitges Serra A. Les Sessions de morbiditat i mortalitat als serveis de cirurgia general dels hospitals públics catalans. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre commemoratiu. Inauguració del curs 2006-7: 56-8. http://www.sccirurgia.org/activitats/sessions_ordinaries/curs2005-2006/Recursos/M%26Mconsens.pdf
- ^{xiii} Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The Incidence and Nature of Surgical Adverse Events in Colorado and Utah in 1992. Surgery. July 1999; 126 (1): 66-75.
- ^{xiv} Zingg U, Zala-Mezoe E, Kuenzle B, Licht A, Metzger U, Grote G, Platz A. Evaluation of Critical Incidents in General surgery. Br. J. Surg. 2008; 95: 1420-5.
- ^{xv} González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir. Eso. 2001; 69: 591-603.
- ^{xvi} Casassas O, et al. Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, 1990.
- ^{xvii} Pera C. Cirugía: Fundamentos, Indicaciones y Opciones Técnicas. Salvat Ed. Barcelona, 1983.
- ^{xviii} Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. Proposed Classification of Complications of Surgery with Examples of Utility in Cholecystectomy. Surgery. May 1992; 111 (5): 518-26.
- ^{xix} Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The Accordion Severity Grading System of Surgical Complications. Ann. Surg. 2009; 250 (2): 177-186.

-
- ^{xx} Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of Surgical Complications. A New Proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann. Surg.* Aug.2004; 240 (2): 205-13.
- ^{xxi} Sala Pedrós J. *Conceptes Bàsics en Cirurgia*. Terrassa: Fundació Joan Costa Roma, 2000.
- ^{xxii} Melennec L. *Evaluation du Handicap et du Dommage Corporel*. Paris: Masson. 1991.
- ^{xxiii} Sala Pedrós J. *Decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada*. Tesi doctoral. Barcelona 1990.
- ^{xxiv} Rebasá P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S. Continuous Monitoring of Adverse Events: Influence on the Quality of Care and the Incidence of Errors in General Surgery. *World J Surg.* 2009. 33: 191-8.
- ^{xxv} Grober E, Bohnen J. Defining Medical Error. *Can J Surg.* Feb. 2005; 48 (1): 39-44.
- ^{xxvi} McNeill A. Neurological Negligence Claims in the NHS from 1995 to 2005. *European J Neurol.* 2007; 14: 399-402.
- ^{xxvii} Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Causes of Prescribing Errors in Hospital Inpatients: a Prospective Study. *The Lancet.* April 20, 2002. 359: 1373-8.
- ^{xxviii} Guide to Prevention Quality Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> October 2001 Version 3.1 (March 12, 2007).
- ^{xxix} Guide to Inpatient Quality Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007).
- ^{xxx} Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> March 2003. Version 3.1 (March 12, 2007).
- ^{xxxi} Mattke S, Epstein AM, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: History and Background. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 1-4.
- ^{xxxii} Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A Conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 5-13.
- ^{xxxiii} McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, Bates D. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health System Level in OECD Countries. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 14-20.
- ^{xxxiv} Kelley ET, Arispe I, Holmes J. Beyond the Initial Indicators: Lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 45-51.
- ^{xxxv} McGory ML, Shekelle PG, Rubenstein LZ, Fink A, Ko CY. Developing Quality Indicators for the Elderly Patients Undergoing Abdominal Operations. *J. Am. Coll. Surg.* Dec. 2005; 201 (6): 870-83.
- ^{xxxvi} Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley D. Development of a Rating System for Surgeons Non-Technical Skills. *Medical Education.* 2006; 40: 1098-1104.
- ^{xxxvii} Rane VS, Wilson B, Jackson K, Watters DAK. Complaints against Surgeons to the Health Services Commissioner of Victoria. *ANZ J Surg* 2006; 76 (Suppl. 1) ML007: A42-4.
- ^{xxxviii} Drummond A, Kane D, Bilsland D. Legal Claims in Scottish National Health Service Dermatology Departments 1989-2001. *Br. J. Dermatol.* 2003; 149: 111-4.

-
- ^{xxxix} Satiani B. The Economics of Health Care Litigation. *Vascular and Endovascular Surg.* 2004; 38 (3): 287-90.
- ^{xl} Aziz F, Khalil A, Hall J. Evolution of Trends in Risk Management. *ANZ J Surg.* 2005; 75: 603-7.
- ^{xli} Wachter RW, Pronovost PJ. Balancing “No Blame” with Accountability in Patient Safety. *New Engl. J. Med.* Oct,1, 2009. 361 (14): 1401-6.
- ^{xlii} Sitges-Serra A. Errors i Horrors als Hospitals. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre Commemoriatiu Inici del Curs 2009-10. Barcelona, Octubre de 2009: 51-52.
- ^{xliii} Trias i Rubiés R. Reflexions sobre la gestió de la responsabilitat professional i l'error mèdic. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 2002.
- ^{xliv} Hugh T. Surgical Risk Management. *ANZ J Surg.* 2007; 77: 807-8.
- ^{xlv} McLean. Monetary Lessons from Litigation Involving Laparoscopic Cholecystectomy. *The Am Surg.* July 2005; 71 (7): 606-12.
- ^{xlvi} Satiani B. Expert Witness Testimony: Rules of Engagement. *Vascular and Endovascular Surgery.* 2006; 40 (3): 223-7.
- ^{xlvii} Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, et al. A Surgical Safety Check-list to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N. Engl. J. Med.* Jan 29, 2009. 360; 5: 491-9.
- ^{xlviii} Lardenoye JWHP, Kappetein AP, Vrancken Peeters MPFM, Spaander PJ, Breslau PJ. *Eur. J. Surg.* 2002; 168: 436-40.
- ^{xliv} Borrell-Carrió F. Ética de la Seguridad Clínica. *Contribuciones desde la Práctica Médica. Med. Clin. (Barc.).* 2007; 129 (5): 176-83.
- ^l Mant J. Process versus Outcome Indicators in the Assessment of Quality of Health Care. *Int. J. for Qual. in Health Care.* 2001; 13, (6): 475 - 480.