

Ingrés d'Acadèmics corresponents

LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA: PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓ ACTUAL

Josep Arimany i Manso

Acadèmic corresponent.

BREU REFERÈNCIA HISTÒRICA

La responsabilitat professional mèdica és antiga com la humanitat. Ja en la cultura mesopotàmica, a Babilònia, en el segle XVIII AC, es va promulgar el Codi d'Hammurabi, un ampli codi que no només regulava els aspectes socials sinó que també regulava lleis que feien referència a la medicina. En aquest codi és on es troben els orígens del dret mèdic en relació a la responsabilitat mèdica.¹

El Jurament Hipocràtic és la norma més antiga d'autoregulació de l'exercici de la professió mèdica. Aquesta norma ha evolucionat amb el pas del temps, convertint-se en el codi d'ètica mèdica i Deontologia professional.

Els primers documents que reflecteixen regles ètiques en l'exercici de la medicina provenen dels papirus egipcis del segle XVI AC². Els grecs van adquirir l'experiència en medicina dels egipcis i babilònics^{2,3}. La cultura grega estava plena de mites religiosos i màgics. En els temples d'Escolapi, metge grec deïficat al segle V AC, les curacions es realitzaven per un poder superior.

Paolo Zachia, encarregat dels serveis sanitaris dels Estats de l'Església i metge personal del pontífex Innoncenci Desè, és autor d'un tractat de medicina legal, que va tenir gran transcendència a l'època i és considerat el gran clàssic de medicina legal.

No puc deixar de nomenar a Pere Mata i Fontanet, del que aquest any es compleix el bicentenari del seu naixement (1811-1877), creador a l'any 1843 de la primera càtedra de Medicina Legal i posteriorment impulsor de la creació del Cos Nacional de Metges Forenses. La medicina legal ha estat lligada sempre amb l'estudi de la responsabilitat mèdica.

BREU PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓ ACTUAL I FUTURA

En l'última dècada les reclamacions contra metges per presumpte error, imprudència, negligència o per danys en una actuació mèdica han experimentat un augment a Espanya; tanmateix però, actualment hi ha una tendència a l'estabilització de les reclamacions presentades en la jurisdicció civil i penal; no així, en canvi, respecte les reclamacions presentades en la jurisdicció administrativa i contenciós-administrativa, on hi ha una tendència a l'augment.

Amb tot, al nostre país no hem arribat als nivells d'EUA i d'altres països anglosaxons, on el constant increment de les reclamacions estan provocant un augment de la sensibilitat i, fins i tot, una crisi en la professió mèdica².

És indubtable que la pràctica mèdica actual està cada dia més especialitzada i comporta uns procediments diagnòstics i terapèutics amb risc; però que malgrat això, a l'existir una constant evolució mèdica, científica i tecnològica; juntament amb un conjunt de factors com els d'una arrelada societat del benestar, es fomenta la creença que com més gran és l'abast tècnic de la medicina, millors resultats s'obtenen. Queda clar, que la professió mèdica del segle XXI viu un moment crític en el qual ha d'assumir uns reptes sense precedents per complir no només el canvi d'expectatives dels pacients sinó, també, els nous requisits públics i polítics de qualitat, seguretat clínica i control de costos econòmics. Si fa poc menys de 30 anys, els metges exercien un rol tradicionalment paternalista i era impensable que es qüestionessin el seu prestigi i autoritat professionals, avui, els metges exerceixen en entorns, generalment, massificats, amb intensa pressió assistencial i una infinitat de tasques burocràtiques que limiten el temps disponible per atendre a uns pacients, que actualment, no tan sols estan millor formats i informats, sinó que també estan dotats de major autonomia i capacitat de decisió (consentiment informat)³. Segons Rodríguez-Pazos, per determinar si hi ha hagut responsabilitat del metge en alguna actuació mèdica, s'haurà de tenir en compte si es va actuar amb atenció, meticulositat, perícia i prudència (conceptes de la norma praxis assistencial) en cada un dels següents passos: l'estudi clínic del pacient, el diagnòstic, l'avaluació de les alternatives terapèutiques, el procediment terapèutic escollit, el seguiment evolutiu i el compliment de les normes medicolegals.

En aquest context, els metges troben més dificultats per exercir el seu treball i la bona relació metge/pacient, que segueix basant-se, fonamentalment, en la mútua confiança, que es veu distorsionada fins a derivar en situacions de conflicte que, no fa massa, ningú hagués imaginat. Fins i tot, han sorgit fenòmens nous, com els incidents de violència contra els metges en el seu lloc de treball⁴, o la presència mèdica en els mitjans de comunicació que no sempre difonen la millor imatge de la professió⁵.

CONCEPTE, ÀMBIT, TIPUS I ELEMENTS CONSTITUTIUS DE LA RESPONSABILITAT MÈDICA

Concepte

Hi ha una sèrie de conceptes que convé aclarir quan ens referim a la responsabilitat professional mèdica (RPM). Etimològicament, la

paraula "malpraxis" significa mala pràctica (malpractice). És a dir, quan l'exercici de la medicina no s'ajusta al que en llenguatge jurídic es coneix com *lex artis* i que la doctrina anglosaxona denomina *standard of care*, com a sinònim de tècnica correcta. La *lex artis ad hoc* constitueix el criteri per valorar la correcció de l'acte mèdic concret, executat pel metge^{6,7}. Avui dia, els juristes defineixen una intervenció mèdica com a correcta si està mèdicament indicada, si s'ha realitzat d'acord a la *lex artis* i si s'ha informat correcta i específicament al pacient, informació que es formalitza mitjançant el document de consentiment informat (DCI).

Al metge, en l'exercici de la seva professió, se li pot exigir responsabilitat de diferent naturalesa, entenent per Responsabilitat Professional Mèdica, com diu Gisbert Calabuig, l'obligació que tenen els metges de reparar i satisfer les conseqüències dels seus actes, omissions i errors, voluntaris i fins i tot involuntaris dins de certs límits, comesos en l'exercici de la seva professió⁸.

Àmbit

La responsabilitat sanitària afecta en 3 nivells⁹:

1. En la responsabilitat del metge. La relació metge/pacient s'ha ampliat al treball en equip dels metges en el context d'una relació guiada per l'autonomia del pacient. A més, en moltes ocasions apareix un element més, que és la família del propi pacient. En els últims anys evidenciem clarament una major capacitat de decisió del pacient (consentiment informat) respecte al procediment mèdic¹⁰. D'altra banda, és indubtable que un major nivell tecnològic comporta una major frustració quan es presenten resultats desfavorables.
2. També pot afectar a nivell de la responsabilitat de les institucions sanitàries (hospitals, clíniques, centres d'atenció primària i àrees de salut) en quant al principi d'organització clínica, jerarquia i coordinació, que són imprescindibles en qualsevol equip sanitari. La coordinació assistencial entre els equips mèdics i d'infermeria complementen el treball en equip, sense obviar que –en la pràctica assistencial– la responsabilitat mèdica es pot compartir entre el professional sanitari i la institució i/o administració.
3. i finalment a nivell de la responsabilitat de les administracions, que són les encarregades de la planificació correcta de l'assistència mèdico-sanitària i que estan, a més, obligades a proveir-la sense risc

No podem oblidar el precepte constitucional com és el dret de la protecció de la salut¹¹. Les retallades sanitàries causades per la actual crisi econòmica comportaran conseqüències sobre el sistema sanitari públic amb el risc de posar en qüestió la qualitat assistencial del mateix.

Les mesures de control de la despesa han de preservar aquelles activitats assistencials que facin referència a la relació metge pacient. El control pressupostari, ha de venir de la disminució de la burocràcia administrativa, de les estructures i dels serveis no assistencials;

per tant, aquestes mesures no han d'afectar la qualitat assistencial aconseguida

Seguint a Corbella i des d'un punt de vista general, els fets més freqüents que poden derivar en una reclamació per presumpta malpraxi es poden classificar com:

1. Problemes derivats de la falta d'assistència o d'insuficiència d'assistència, més que d'errors concrets.
2. Els casos on hi ha una actuació correcta i malgrat això, s'obté un resultat negatiu, que es denominen malpraxi aparent.
3. La malpraxi real, que són els casos en que existeix un resultat negatiu perquè les actuacions mèdiques no han estat les correctes.
4. El cassos en que els resultats són dolents a causa d'un alt risc conegut i previsible, i que s'han hagut d'assumir malgrat el perill que comportaven perquè la situació del malalt així ho aconsellava. Aquest cas es coneix com la doctrina del risc conegut¹².

Tipus

Els actes derivats de l'exercici professional del metge poden donar lloc a diferents tipus de responsabilitat en funció de l'àmbit en què es produeixin¹³. Així, podem distingir una responsabilitat penal, civil, contenciós-administrativa i finalment, una responsabilitat ètico-deontològica i col·legial.

Responsabilitat Penal

El metge pot ser penalment responsable dels seus actes quan el fet incriminat constitueix una infracció voluntària (el que en llenguatge legal s'anomena, dol), imprudent o negligent (culpa), tipificada com a falta o delictes en el Codi Penal.

Seguint a Romeo Casabona, la responsabilitat penal comprèn les accions o omissions voluntàries tipificades com a delictes o faltes en el Codi Penal.

El dret penal vigent distingeix clarament dos tipus de conductes: les voluntàries o doloses, i les imprudents (art. 10 del Codi Penal: "són delictes o faltes les accions i omissions doloses o imprudents penades per la llei").

La circumstàncies jurídiques més habituals en la responsabilitat penal del metge, són les conductes penades per imprudència professional.

És important ressaltar que la condemna al metge per delictes d'imprudència professional, a més de la pena privativa de llibertat, comporta la pena d'inhabilitació professional per l'exercici professional, que pot arribar fins als sis anys d'inhabilitació.

Responsabilitat Civil

La responsabilitat mèdica civil és l'obligació del metge de reparar el dany o perjudici causat en l'exercici professional. La responsabilitat civil neix de la llei, dels contractes i gairebé contractes, i dels actes i omissions il·lícits en els quals intervé la culpa o negligència (article 1089 del Codi Civil) i comprèn la restitució, la reparació del dany causat i la indemnització dels perjudicis.

La responsabilitat mèdica es sustenta en els preceptes del Codi Civil i Penal i cal distingir-ne tres tipus:

1. La responsabilitat civil contractual: la RC del metge és intrínsecament contractual mitjançant la relació entre el metge i el pacient. En ocasions poden existir relacions multilaterals, amb la intervenció de centres sanitaris, o una Administració Pública prestacional¹⁴.
2. La responsabilitat civil extra-contractual: neix del dany causat a un altre per acció o omissió intervenint culpa o negligència (article 1902 del Codi Civil). És a dir, quan aquesta acció o omissió culposa o negligent es produeix fora de l'àmbit de qualsevol relació contractual.
3. i la responsabilitat civil d'origen penal: va unida a una sanció de tipus penal i es correspon als danys derivats d'un fet tipificat com a delictes o falta. S'estableix per a les persones responsables criminalment.

Un aspecte molt important en la valoració de la responsabilitat civil, és que la càrrega de la prova recau en qui presenta la demanda.

Responsabilitat contenciós-administrativa

Cal destacar l'augment de les demandes en la jurisdicció contenciós-administrativa a partir de la reforma legislativa de la Llei Orgànica del Poder Judicial (Llei Orgànica 6/1998), la Llei 4/99 de modificació de la Llei de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i de la Llei reguladora de la Jurisdicció contenciós-administrativa (Llei 29/98, de 13 de juliol)¹⁵. Aquesta és una via de reclamació de danys i perjudicis per presumpta atenció sanitària deficient contra l'administració sanitària o centres contractats o concertats.

A diferència dels procediments de responsabilitat professional per la jurisdicció penal o civil en què s'ha de provar que ha existit falta mèdica, en la via contenciós-administrativa, serà suficient que es demostrï l'existència de dany i que existeixi una relació causal entre l'atenció sanitària i el perjudici¹⁶.

I finalment la responsabilitat col·legial

Els Codis de Deontologia promulgats pels col·legis professionals¹⁷ obliguen a tots els metges en la seva activitat professional en relació amb els malalts, amb la societat i amb els altres professionals de la salut i entre els mateixos metges. Les normes de deontologia¹⁸ són de rigorós compliment per als metges.

Elements constitutius de la Responsabilitat (requisits)

Com a breu introducció i abans de referir-nos als elements constitutius de la responsabilitat, cal recordar la doctrina constant del Tribunal Suprem, en què l'obligació contractual o extracontractual del metge i, més general, del professional sanitari, no és la d'obtenir la curació del malalt. És a dir, la seva obligació no és de resultats sinó de mitjans. El professional sanitari està obligat a proporcionar al malalt totes les cures que requereixi el seu estat, estant, per tant, a càrrec del pacient, la prova de relació o nexa de causalitat i la

culpa¹⁹. La sentència del Tribunal Suprem de 3 de març del 2010, amb ponència del magistrat Seijas Quintana, obre la importantíssima via d'aplicar la doctrina jurisprudencial ara descrita en l'anomenada medicina voluntària o satisfactiva; suposant, així, una clara ruptura amb la tendència a objectivitzar que la doctrina del Tribunal Suprem havia aplicat fins ara en l'anomenada medicina de resultats.

Doncs bé, tant si es tracta de responsabilitat penal com de responsabilitat civil, perquè es pugui parlar de responsabilitat mèdica han de concórrer un requisits, que hauran de ser demostrats en les causes d'aquesta naturalesa i que són els següents: a) obligació preexistent b) falta mèdica c) perjudici ocasionat d) relació de causalitat. Destaquem la història clínica com a element clau de valoració de la praxi clínica.

Experiència del SRP del COMB

El Servei de Responsabilitat Professional (SRP) del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) va comptabilitzar 89 casos de reclamacions l'any 1986, mentre que en el 2003 se'n van registrar 387 que ha estat el màxim nombre de reclamacions dins del període 1986-2010.

Les dades del Servei de Responsabilitat Professional, ens indiquen que des del 2004 les reclamacions han baixat considerablement, fins arribar al 2010 que es van registrar 285 reclamacions. Aquesta xifra demostra la disminució progressiva que es va produint en el nombre de reclamacions en els últims anys, amb la paradoxa que el nombre d'assegurats ha augmentat.

Una altra dada positiva que podem destacar d'aquests últims cinc anys és que les denúncies penals estan baixant de forma considerable i que estan augmentant les reclamacions extrajudicials.

Es dedueix, per tant, una tendència a resoldre els conflictes de responsabilitat professional mèdica per la via extrajudicial. Alhora, permeten afirmar que aquestes reclamacions –degudament gestionades– es converteixen en un instrument eficaç per evitar un posterior procés judicial²⁰.

D'un total de 3875 reclamacions entre el 1990 i el 2003, el percentatge de reclamacions amb responsabilitat del metge fou del 12'8% i sense responsabilitat, del 87'2%.

També es constata de les 7.223 reclamacions gestionades pel Col·legi, en el període de 1986-2010, que les especialitats més reclamades són la Cirurgia ortopèdica i Traumatologia, juntament amb la Ginecologia i Obstetrícia, essent aquesta última especialitat –on s'han hagut d'assumir les indemnitzacions més quantioses.

DECÀLEG DE RECOMANACIONS GENERALS

Considero d'interès, plantejar unes recomanacions generals orientades a la pràctica clínica diària que, no per conegudes i fins i tot elementals deixen de ser cabdals:

1. Realitzar sempre una anamnesi i exploració física completa fent constar en la història clínica tota l'evolució del pacient.
2. Sol·licitar tantes exploracions complementàries com siguin

precises per al diagnòstic del pacient i per a un correcte tractament. Evitar al malalt riscos innecessaris en les exploracions i els tractaments.

3. Informar al pacient i als familiars més propers sobre la malaltia, el pronòstic i el tractament previst. La informació ha de ser real i objectiva perquè no generi falses expectatives.

4. Sol·licitar el consentiment informat, especialment en els actes mèdics de risc (intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics i terapèutics invasius) i ser caut en la medicina denominada "voluntària", com la cirurgia plàstica, l'odontologia i, dins de la urologia, la pràctica d'una vasectomia.

5. Així mateix cal indicar clarament per escrit les pautes de medicació i informar al pacient dels riscos i possibles efectes secundaris del tractament.

6. Davant tractaments similars, receptar sempre el de menor risc.

7. Tenir una bona coordinació amb els equips mèdics i amb el personal d'infermeria.

8. Mantenir el secret professional tant en l'àmbit clínic com fora d'ell.

9. Seguir els protocols, guies de pràctica clínica i tractaments consensuats pels propis serveis de cada hospital o de les societats científiques i impulsar la formació continuada en aspectes medicolegals.

10. Finalment procurar en tot moment, mantenir una bona relació metge pacient.

CONCLUSIONS

Les reclamacions contra els metges són un fet real i en la majoria d'ocasions són conseqüència d'un mal resultat o d'una complicació imprevisible i/o inevitable de la malaltia, del procediment diagnòstic utilitzat o del tractament, més que no pas d'una negligència mèdica.

L'exercici de la medicina incideix sobre els béns més preuats de la persona, la salut i la vida, per tant, és comprensible que els pacients o els seus familiars presentin reclamacions judicials o extrajudicials quan es produeixen fets que afecten negativament la seva salut, la responsabilitat dels quals atribueixen, amb raó o sense, al metge.

La millora de la qualitat de l'acte mèdic i les mesures per a garantir la seguretat del pacient, han de ser una constant preocupació de la comunitat sanitària global. El paper fonamental de les societats científiques en l'elaboració de guies de pràctica clínica o protocols clínics, la col·laboració imprescindible i el paper clau que tenen els col·legis professionals com a reguladors de la professió mèdica^{21, 22}, així com l'actualització dels coneixements per part dels facultatius, i la implantació de mesures de seguretat, els anomenats

pels anglosaxons *safety check list* (o llista de comprovació)²³, contribuiran de forma notable a disminuir els danys sanitaris i consegüentment baixarà el número de reclamacions contra els metges.

Moltes gràcies per a la seva atenció.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Corbella J. Antecedents històrics de la medicina legal en Espanya. PPU, Barcelona 1995
- 2 Hatlie M.J. Professional Liability, JAMA, 1989;261:2881-2882
- 3 Llei 21/2000, de 29 de desembre sobre els Drets d'Informació concernent a la salut, a l'autonomia del pacient i la documentació (DOGC 3303)
- 4 Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. Quaderns de la Bona Praxi, núm. 17, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Setembre 2004
- 5 Journalists accused of wrecking doctors' lives. Press. BMJ 2005; 330:485
- 6 Arimany J., Pujol A. Aspectes medicolegals de la malpraxis en dermatologia. Piel, 1994;9:16-22
- 7 RJ 1989\4126 Sentència del Tribunal Suprem (Sala de lo Penal) de 5 maig 1989
- 8 Gisbert Grifo MS, Fiori A. Responsabilitat Mèdica. En: Villanueva, E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina Legal i Toxicologia. 6ª Ed. Barcelona; Masson;2004 p. 109-24
- 9 Corbella, J. La responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries. Discurs d'ingrés en la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, Barcelona 1985
- 10 22188 Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. BOE 274 de 15/11/2002
- 11 Art. 43 de la Constitució Espanyola 1978. Edició comentada. Centre d'Estudis Constitucionals. Madrid. 1979, pàg. 110
- 12 Corbella, J. Evolució del concepte de responsabilitat mèdica. Organització Mèdica Col·legial, 1991;13:27-28
- 13 Medallo J, Pujol A, Arimany J. Aspectes medicolegals de la responsabilitat professional mèdica. Medicina Clínica. Barcelona. 2006;126(4);152-6
- 14 Lorente A. Cendrero T. Responsabilitat Civil. En: García Barrios PJ, editor Medicina Legal: responsabilitat per les actuacions sanitàries. Alcalà la Real; 2003 p.154-78
- 15 Gomàriz R. La valoració medicoforense de la responsabilitat sanitària en la jurisdicció contenciosa administrativa. En: llibre de ponències de les Cinquenes Jornades Catalanes d'Actualització de Medicina Forense. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya; 2001. p.81-9
- 16 Rodríguez Álvarez P. Nocions de dret processal. En: García Barrios PJ. Editor. Medicina Legal: responsabilitat per les actuacions sanitàries. Alcalà la Real: Formació Alcalá; 2003 p. 17-29
- 17 Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals, DOGC, 4651, 09.06.2006
- 18 Codi de Deontologia, aprovat en l'Assemblea de Metges de Catalunya, Palau de la Música Catalana, 16.06.2005, actualitzat en el Congrés de la Profesió Mèdica de Catalunya, per acord del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 24 de gener de 2005
- 19 EDJ 1999/35044, Sentència del Tribunal Suprem, Sala 1ª, S 9-12-1999, núm. 1038/1999, rec. 875/1995
- 20 Informe Anual. Servei de Responsabilitat Professional. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) 2005, 2006,2007,2008,2009,2010
- 21 Bruguera M, Viger M, Bruguera R, Benet J, Arimany J. Gastroenterol. Hepatol. 2011;34:248-53
- 22 Praxis Medica i Reclamacions Judicials. Quadern de Bona Praxis 29. Maig 2011. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
- 23 National Patient Safety Agency. NHS. Medical error. What to do if things go wrong: a guide for junior doctors. June 2010