



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

**UNIVERSITAT
AUTÒNOMA DE BARCELONA**

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

**RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA.
BARCELONA CIUTAT: 2004-2009.**

**M^a Dolors Giménez Pérez
octubre 2014**

TESI DOCTORAL

Títol

Responsabilitat professional mèdica. Barcelona Ciutat: 2004-2009.

Autora

M^a Dolors Giménez Pérez

Departament

Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.

Programa de doctorat RD 185/1985 de 23 de gener en Psiquiatria i Psicologia Clínica.

Dirigida per:

Dr. Josep Castellà Garcia

Dr. Amadeo Pujol Robinat

Tutor:

Dr. Josep Castellà Garcia

Barcelona, octubre 2014

Als meus pares, de qui he après el valor de l'esforç, la responsabilitat, la perseverança i l'ètica

Als meus germans, els que encara tinc i al que no hi és, per acompanyar-me en els millors moments de la meva vida però també en els més difícils

(...) i llavors Anum i Enlil van designar-me a mi, Hammurabi, príncep piadós, temorós del meu déu, perquè proclamés en el país l'ordre just, per destruir el malvat i el pervers, per evitar que el fort oprimeixi el dèbil, perquè, com fa Shamash, Senyor del Sol, m'alci sobre els homes, il·lumini el país i assegurui el benestar de la gent.

Codi d'Hammurabi (pròleg, any
1728 aC)

AGRAÏMENTS

Tal i com deia una amiga meva, la vida de cada persona és com un tren. A vegades en som els passatgers i ens deixem portar. Altres vegades som els que el conduïm. El que és cert, és que al llarg dels anys que vivim per la nostra vida hi passen moltes persones. Unes, ens acompanyen durant molts anys, altres, són circumstancials i baixen del nostre tren però el cert, és que totes elles hi juguen un paper important en tot allò que som i en tot allò que fem.

Si en el meu camí no m'hagués trobat al Professor Dr. Manuel Rodríguez Pazos, possiblement aquesta tesi doctoral no hagués estat escrita. Va ser ell el primer que em va ensenyar la Medicina Legal en la seva essència més pura i qui va fer que m'apassionés la medicina legal hospitalària i la responsabilitat mèdica.

Durant els meus primers anys de formació vaig conèixer al Dr. Castellà, ha estat un gran company de feina i amic. Tinc la sort de què aquest viatge encara el puguem fer junts. Haig d'agrair-li el seu suport en els moments més complicats de la meva vida professional i sobretot que acceptés la direcció d'aquesta tesi. Fer-la no ha estat fàcil per a mi i les seves paraules encoratjadores han estat fonamentals perquè la pogués escriure.

El Dr. Amadeu Pujol sempre hi ha sigut. Des dels meus inicis quan era resident de medicina legal, passant pels anys d'estudi d'oposició, fins ara. D'una manera discreta però present ha sabut escoltar. El fet de què quan se li va proposar la realització d'aquesta tesi doctoral n'assumís la direcció ha estat una peça fonamental per tirar-la endavant. Sense ell, no hagués estat possible. Haig d'agrair el seu entusiasme, la seva dedicació, la seva empenta i implicació en aquest projecte.

Tot just quan jo era resident de medicina legal fent pràctiques d'hemogenètica forense a la Càtedra de Medicina Legal de la Universitat de Barcelona, vaig coincidir amb el Dr. Jordi Medallo. En aquells moments havia aprovat la seva oposició de metge forense. Al cap dels anys ens vàrem retrobar ell sent metge forense de Santa Coloma de Gramanet i jo estant com a interina a Badalona. Els nostres camins al llarg d'aquests anys s'han anat creuant. Actualment com a Director de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, quan se li va proposar la realització d'aquesta tesi doctoral, no va dubtar a l'hora de donar-hi suport i fer les gestions que calguessin per tal de què aquest projecte fos un fet.

Sempre dic que si jo sóc metgessa forense titular ha estat gràcies a la Dra. Lluïsa Puig. Fa molts anys que ens coneixem. Des dels meus inicis com a resident ja hi havia molta empatia. De totes maneres, cal dir, que no costa gens trobar-t'hi bé amb la Lluïsa. La seva alegria i el seu optimisme, són contagiosos. Vaig passar per una llarga oposició de quatre anys i mig d'estudi ininterromput durant els quals hi van haver molts alts i baixos anímics. Sense ella hagués estat molt difícil continuar. Era el meu relleu quan jo queia en el desànim. I a ella haig d'agrair el poder estar avui aquí.

Vull agrair el suport de companys com el Dr. Eneko Barberia i la Dra. Claudina Vidal que m'han facilitat el suport tècnic per poder fer aquesta tesi.

Vull donar les gràcies a tots els companys metges forenses. Des dels meus inicis fins ara he tingut la sort de trobar-me en el meu camí excel·lents professionals que molts d'ells són amics. Alguns han estat alumnes meus i puc dir amb orgull que superen a la seva mestra.

Voldria agrair també, el suport rebut per part dels funcionaris dels jutjats de Cerdanyola del Vallès. Per les seves paraules d'ànim, per la seva predisposició

i suport administratiu i sobretot, per la seva amistat.

Finalment, vull donar les gràcies a la meva família. Els meus pares i els meus germans són un referent a la meva vida. Són les meves arrels. Unes arrels profundes i ben ancorades que m'han aportat l'essència del que ara sóc. Els valors inculcats són els que he utilitzat per enfortir la meva vida, tant a nivell emocional com professional.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	1
1.1. Evolució històrica de la responsabilitat professional mèdica	2
1.2. Concepte de responsabilitat professional i aspectes generals	6
1.2.1. Concepte de normopraxi mèdica.....	6
1.2.2. Concepte d'acte mèdic.....	8
1.2.2.1. Naturalesa jurídica de l'acte mèdic.....	8
1.2.2.2. Fases de l'acte mèdic i la seva correlació amb els criteris jurídics i medicolegals de normopraxi assistencial.....	9
1.2.3. Concepte de responsabilitat professional.....	14
1.2.4. Tipus de responsabilitat professional.....	15
1.2.4.1. Responsabilitat penal del metge.....	15
1.2.4.1.1. La culpa.....	15
1.2.4.1.1.2. Tipus de culpa.....	16
1.2.4.2. Responsabilitat civil del metge.....	17
1.2.4.2.1. Tipus de responsabilitat civil.....	17
1.2.4.2.1.1. Responsabilitat civil contractual.....	17

1.2.4.2.1.2. Responsabilitat civil extracontractual.....	18
1.2.4.2.1.3. Responsabilitat civil d'origen delictiu.....	19
1.2.4.3. Responsabilitat contenciosa administrativa.....	19
1.2.5. Elements constitutius de responsabilitat mèdica.....	19
1.3. Situació actual de la responsabilitat mèdica.....	22
1.3.1. Factors que incideixen en l'origen de les reclamacions	22
1.3.2. Especialitats més conflictives	24
1.3.3. Principals motius de reclamació.....	29
1.4. Error mèdic, efecte advers, seguretat del pacient: conceptes bàsics, problemàtica actual, línies de treball i investigació en la prevenció.....	32
1.4.1. Error mèdic i efecte advers.....	32
1.4.2. Investigació dels efectes adversos i línies de treball en prevenció.....	35
1.5. Autòpsia i responsabilitat professional.....	43
1.6. <i>Malpractice crisis</i>. La medicina defensiva i el seu impacte. conseqüències econòmiques i socials de la responsabilitat mèdica.....	44
1.7. Factors que poden intervenir en la minimització del risc de reclamació. Conseqüències de les reclamacions en la relació metge-malalt. Com gestionar una reclamació.....	49

1.7.1 Factors que intervenen en el risc de reclamació.....	49
1.7.2. Relació metge-malalt i reclamació: com afecta una reclamació al pacient i al professional	50
1.8. Com gestionar una reclamació.....	54
1.9. La prova pericial en responsabilitat mèdica.....	56
1.9.1. La història clínica com a element de prova pericial.....	58
2. HIPÒTESIS DE TREBALL.....	60
3.OBJECTIUS.....	62
3.1. Objectiu principal.....	63
3.2. Objectius secundaris.....	63
4. MATERIAL I MÈTODE.....	64
4.1. Aspectes generals. Anàlisi de la mostra. Definició de variables.....	65
4.1.1. Dades obtingudes de la mostra.....	65
4.1.2. Definició de variables.....	68
4.1.2.1. Variables obtingudes a partir de les pericials emeses pels metges forenses.....	68
4.1.2.2. Variables obtingudes a partir del programa informàtic judicial.....	84
4.1.2.3. Variables obtingudes a partir de les sentències judicials.....	86

4.2. Anàlisi estadística de les variables	89
4.2.1. Tipus d'anàlisi.....	89
4.2.1.1. Anàlisi descriptiva univariant.....	89
4.2.1.2. Anàlisi bivariant.....	89
4.2.1.3. Anàlisi de supervivència.....	90
5. RESULTATS	92
5.1. Descripció general de la mostra	93
5.2. Resultats de les variables principals estudiades	93
5.2.1. Anàlisi de les variables obtingudes a partir de la pericial del metge forense.....	93
5.2.1.1. Anàlisi bivariant anual a partir de les dades contingudes en l'informe pericial.....	120
5.2.1.2 Bivariant de la variable «malalt amb seqüeles».....	136
5.2.1.3 Bivariant de la variable «malalt mort».....	146
5.2.1.4 Bivariant de la variable «motius de reclamació».....	155
5.2.1.5 Anàlisi bivariant de la variable «tipus d'especialitat».....	171
5.2.2. Anàlisi general de les variables obtingudes a partir del programa informàtic judicial TEMIS-2.....	174
5.2.2.1 Anàlisi bivariant de la variable «malalt amb seqüeles» i evolució del procediment judicial segons el programa informàtic TEMIS-2.....	177
5.2.3 Anàlisi general de les variables obtingudes a partir de les sentències judicials.....	179
5.2.3.1. Anàlisi bivariant entre resultats de les sentències i les variables	

estudiades.....	189
5.3. Anàlisi del factor temps.....	195
5.3.1.Temps transcorregut des de la data dels fets fins a l'emissió dels informes.....	195
5.3.2.Temps transcorregut des de la data dels fets fins a l'emissió de la sentència judicial.....	196
5.3.3.Temps d'emissió de l'informe i nombre de metges forenses que signen la pericial.....	196
5.3.4.Temps emissió de l'informe i malalt amb seqüeles.....	197
5.3.5.Temps d'emissió de l'informe i qualificació del ministeri fiscal.....	199
5.3.6.Temps d'emissió de l'informe i data de la sentència.....	199
6. DISCUSSIÓ.....	201
6.1. Aspectes epidemiològics generals de les reclamacions per responsabilitat professional mèdica.....	202
6.2. Especialitats de més risc de reclamació.....	210
6.3. Sanitat pública/sanitat privada.....	217
6.4 Aspectes generals dels professionals afectats per una denúncia.....	225
6.5. Valoració medicolegal de la història clínica.....	228
6.6. Defecte d'informació: document de consentiment informat.....	230
6.7. Esdeveniments adversos.....	233
6.7.1. Les discapacitats funcionals.....	233
6.7.2. Mort del pacient. Autòpsia i responsabilitat professional.....	235
6.7.2.1. Metodologia autòpsica.....	242
6.8. Seguiment de l'expedient judicial. La gestió de l'error. Una nova	

estratègia de futur	244
6.8.1. Via judicial – via extrajudicial.....	254
6.8.2. La valoració pericial de la responsabilitat mèdica.....	256
7. LIMITACIONS D'AQUEST ESTUDI	259
8. CONCLUSIONS	261
9. PROPOSTES DE FUTUR	263
10. BIBLIOGRAFIA	265
ANNEXES	275

1. INTRODUCCIÓ

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Evolució històrica de la responsabilitat professional

Tot i que podria pensar-se que el concepte de responsabilitat mèdica és un concepte actual, no és així. L'any 1728 aC el Codi del rei Hammurabi ja dedicava almenys nou articles dels 282 de què constava a faltes i càstigs per als metges¹.



En les cultures del Pròxim Orient són els déus qui dicten les lleis als homes, per això són sagrades. En aquest cas, és el déu Samash, el déu de la Justícia, qui entrega les lleis al rei de Babilònia. De fet, abans de l'arribada d'Hammurabi al poder, eren els sacerdots del déu Samash els que exercien com a jutges, però Hammurabi va establir que fossin funcionaris del rei els qui desenvolupessin aquesta tasca, minvant així el poder dels sacerdots i enfortint el del monarca.

Aquest conjunt de lleis unifica els diferents codis existents en les ciutats de l'Imperi babilònic. Pretén establir lleis aplicables en tots els casos i impedir que cadascú «prengui la justícia per la seva mà», ja que, sense llei escrita, era fàcil que cada jutge actués segons la seva conveniència.

Encara que el Codi d'Hammurabi no distingeix entre el dret civil i el dret penal, establí lleis que avui dia correspondrien a un d'aquests dos àmbits. Conté lleis que regulen les relacions comercials i patrimonials, la jerarquització de la societat, els preus, els honoraris mèdics, els salaris, la responsabilitat professional i, també, lleis que determinen el que és delictiu i la pena corresponent a cada delictiu, basant-se en la llei del talió (*lex talionis*), que consisteix en un principi jurídic de justícia retributiva en el qual la norma imposava un càstig que s'identificava amb el crim comès. D'aquesta manera,

no sols es parla d'una pena equivalent, sinó d'una pena idèntica. L'expressió més famosa que resumeix la llei del talió és «ull per ull, dent per dent»^a.

Tot això, però, es fa sense cap sistematització; simplement es succeeixen lleis que enumeren els possibles casos i el que cal fer en conseqüència.

En les penes aplicades a cada delicte es distingeix si hi ha intencionalitat o no, i quina és la categoria social de la víctima i la de l'agressor. Així, la pena és més gran si s'ha comès el delicte amb voluntat que si ha estat un accident; major si la víctima és una home lliure i menor si és un esclau^b.

En aquest codi rau el concepte més bàsic i antic de contracte o pacte entre metge i malalt, segons el qual, a canvi de la prestació del servei d'un, l'altre quedava obligat a pagar en moneda o espècies.

Entre els diferents articles del Codi d'Hammurabi que fan referència a la professió mèdica i als conceptes de responsabilitat mèdica, distingim els següents^b:

Llei 215: «Si un metge ha fet una operació greu amb el bisturí de bronze i ha curat l'home, o si li va operar una cataracta en l'ull i l'ha curat, rebrà deu sicles de plata.»

Llei 216: «Si és el fill d'un *muskenun* (servent), rebrà cinc sicles de plata.»

Llei 217: «Si és esclau d'un home lliure, l'amo de l'esclau donarà al metge dos sicles de plata.»

Llei 218: «Si un metge va fer una operació greu amb el bisturí de bronze i l'ha fet morir, o bé si el va operar d'una cataracta en l'ull i va destruir l'ull d'aquest home, es tallaran les seves mans.»

Llei 219: «Si un metge va fer una operació greu amb el bisturí de bronze i va fer morir l'esclau d'un *muskenun*, donarà un altre esclau equivalent.»

Llei 220: «Si va operar una cataracta amb el bisturí de bronze i ha destruït el seu ull, pagarà en plata la meitat del seu preu.»

^a es.wikipedia.org/wiki/Código_de_Hammurabi

^b www.edictum.com.ar/miWeb4/corpus.htm.

Llei 221: «Si un metge va curar un membre trencat d'un home lliure, i ha fet reviure una víscera malalta, el pacient donarà al metge cinc sicles de plata.»

Llei 222: «Si és fill d'un *muskenun*, donarà tres sicles de plata.»

Llei 223: «Si és esclau d'un home lliure, l'amo donarà al metge dos sicles de plata.»

El Codi d'Hammurabi, creat a l'antiga Mesopotàmia, és un dels conjunts de lleis més antics que s'han trobat i un dels exemplars millor conservats,^b però existeixen altres recopilacions de lleis antigues com el còdex d'Ur-Nammu rei d'Ur (2050 aC), el d'Eshunna (1930 aC) i el de Lipit-Ishtar d'Isin (1870 aC)².

Un dels textos jurídics més importants fou la compilació de Si-Yuan-Lu, text típicament medicolegal que data de mitjan del segle XIII. El seu origen és xinès i es pot traduir com compilació de reparació de les injustícies. El seu autor va ser Song Ts'eu. Sembla ser que és el primer compendi exclusiu de medicina legal des del punt de vista del dret².

Tal i com la medicina històricament sorgeix d'una forma quasi natural com a resposta a la problemàtica de l'home primitiu, sorgeix també la necessitat de l'home de defensar-se dels abusos i dels seus mal usos. En els diferents textos hipocràtics es recorda la màxima mèdica: «La pauta per al tractament d'un malalt serà beneficiar o, almenys, no perjudicar».

A més dels esmentats anteriorment, trobem altres textos de medicina legal en altres cultures. Així, els egipcis van donar importància a la momificació i a l'embalsament. També s'exigia l'examen de les dones en el període puerperal i dels seus fills com a precepte en l'observació legal.

A Grècia s'utilitzava el terme *dokimasia*^c per anomenar les comprovacions d'importància pública, terme que a dia d'avui encara s'utilitza en les valoracions pericials³. A Grècia destaca l'enfocament més deontològic o ètic dels problemes de la professió mèdica. Aquesta visió ha tingut una gran influència fins a l'actualitat².

^c En grec, δοκιμασία era el terme utilitzat per designar el procés que es portava a terme a Atenes amb la finalitat de determinar la capacitat dels ciutadans per a l'exercici de drets i deures públics. <http://es.wikipedia.org/wiki/Dokimasia>

A través d'exàmens especials es determinava la fortalesa constitucional del nou nat i els dèbils o deformes d'Esparta eren llançats des de la muntanya Tajeto³.

A la cultura romana hi trobem nombroses referències legislatives a diversos aspectes com la reparació de lesions (*lex Cornelia de injuriis*; *lex Aquilia*)².

A l'època d'Alexandre el Gran es crucificava el metge que abandonés lliurement i voluntàriament el malalt¹.

També a l'edat mitjana hi ha interès per aspectes o repercussions legals de la medicina. Així, trobem nombrosos textos legals. A Espanya destaca el Codi de *Les Partides*, compilades per Alfons X El Savi (1251-1265). Un antecedent important es pot trobar en la legislació visigòtica, en el *Fuero Juzgo* (642-653), en el qual es fa referència que el metge *era entregat* als familiars del malalt que, de forma dolosa, fos abandonat. Les Lleis gòtiques (compilació de lleis del segle VII, al regne visigòtic, van ser iniciativa de Recesvint en el vuitè concili de Toledo (653) amb l'objectiu d'unificar la legislació dels gots i dels hispans). Establien, per exemple, una multa de 10 solidi al metge que gastés bromes immorals a les pacients femenines².

L'estatut mèdic del rei Frederic II^d, castiga el curanderisme i estableix les garanties que ha d'aportar el professional de la medicina, de tal forma que les lleis no estiguin per servir a la classe mèdica sinó al bé comú.

En tots els temps i civilitzacions hi ha hagut metges amb diferents creences i metodologies: bruixots, curanderos, científics... Tots ells han aportat coneixement i, pràcticament, tots han hagut de respondre ja fos davant el poble, davant el jutge o davant el cap de la tribu. El que variava d'un lloc a un altre i d'unes i altres èpoques eren els conceptes de culpa i pena. Així doncs, en el dret romà s'establia la culpabilitat del metge, encara que hagués actuat correctament, si el resultat no era l'esperat com a conseqüència d'un cert abandonament¹.

^d Berlín, 24 de gener de 1712- Potsdam, 17 d'agost de 1786. Tercer rei de Prússia i un dels màxims representants del Despotisme Il·lustrat del segle XVIII. http://es.wikipedia.org/wiki/Federico_II_el_Grande.

Les societats modernes han anat implantant i modificant les lleis amb la finalitat de regular la professió mèdica i intentar assegurar la qualitat professional i garantir la salut del ciutadà.

La responsabilitat professional es troba vinculada tant als codis jurídics com a la valoració pericial medicolegal, per a la qual els tribunals necessiten el suport dels metges.

1.2. Concepte de responsabilitat professional i aspectes generals

1.2.1. Concepte de normopraxi mèdica

Per poder parlar de responsabilitat professional, és oportú definir abans què és una praxi mèdica correcta, és a dir, el concepte jurídic de *lex artis* o, el que és el mateix, el concepte de normopraxi des del punt de vista medicolegal.

Lex artis es tradueix literalment com llei de l'art; de forma més àmplia, però, s'entén com el conjunt de regles i preceptes per fer bé les coses¹.

En altres obres sol definir-se com el conjunt de pràctiques mèdiques acceptades com adequades per tractar el malalt en un moment determinat⁴.

En el cas de la *lex artis* hipocràtica (o medicina hipocràtica), entre el conjunt de normes i preceptes per fer bé les coses, requeria que l'estudiant que es formava en medicina restés amb un metge instructor, pràctic i teòric, i tingués coneixements d'altres ciències.

La *lex artis* la marquen pobles, professionals, legisladors, de forma directa o indirecta, amb un caràcter més o menys vinculant. Altres vegades, són les circumstàncies les que determinen la forma d'actuar dels professionals, com en les etapes bèl·liques¹.

En conseqüència, el concepte de *lex artis* variarà en funció del moment social i del coneixement científic.

La *lex artis* ha d'estar per sobre de normes i reglaments, situacions i circumstàncies, fins i tot per sobre de codis deontològics i professionals.

El concepte de *lex artis ad hoc* és una construcció jurisprudencial que s'ha anat perfilant en vàries sentències al llarg dels anys, essent potser la més significativa la del Tribunal Suprem de data 11 de març de 1991, que la defineix com «aquell criteri valoratiu de la correcció del concret acte mèdic executat pel professional de la medicina. Ciència o art mèdic que té en compte les especials característiques del seu autor, de la professió, de la complexitat i transcendència vital del pacient, i en el seu cas, de la influència en altres factors endògens, per qualificar aquest acte conforme o no amb la tècnica normal requerida»⁴.

Però el concepte de *lex artis ad hoc* va més enllà. Valora i defineix no els criteris universals d'actuació sinó els particulars, els que poden i han de considerar-se correctes en una situació concreta. La medicina no pot ser exercida de la mateixa manera a tot arreu i, per tant, els criteris d'una actuació correcta no són els mateixos en un lloc que en un altre. Per altra banda, la diversitat dels malalts obliga el metge a prendre decisions que a vegades poden anar en contra dels protocols i declaracions universals. És l'anomenada llibertat clínica⁵.

Així doncs, tindrem que la *lex artis*, jurídicament, té dos nivells: els criteris generals d'actuació, o *lex artis* pròpiament dita, i els criteris d'actuació en determinades circumstàncies ambientals, la *lex artis ad hoc*⁶.

En definitiva, la *lex artis* només la pot definir la mateixa medicina⁵.

Des de l'àmbit de la medicina legal, l'equivalent al concepte jurídic de *lex artis* és el de normopraxi.

Definim la normopraxi mèdica com l'adequada complementació dels paràmetres jurídics que regulen tot acte mèdic: atenció, diligència, perícia i prudència, així com la correcta complementació dels paràmetres sanitaris i administratius.

1.2.2. Concepte d'acte mèdic

Segons s'estableix en la Llei 44/2003 de 21 de novembre d'ordenació de les professions sanitàries, la medicina és un professió sanitària amb nivell de llicenciat. L'esmentada llei defineix quines són les funcions que corresponen als llicenciats en medicina: la indicació i realització de les activitats dirigides a la promoció i manteniment de la salut, a la prevenció de les malalties i al diagnòstic, tractament, terapèutica i rehabilitació dels pacients, així com la valoració i pronòstic dels processos objecte de la seva atenció⁷.

Definim l'acte mèdic com tota classe de tractament, intervenció o examen amb finalitat diagnòstica, preventiva, terapèutica o de rehabilitació portada a terme per un metge o per algú sota la seva responsabilitat⁸.

Només pot ser realitzat per professionals en possessió del corresponent títol acadèmic i que es trobin inscrits en el col·legi oficial.

Està regulat per un conjunt de normes jurídiques. És una relació personal establerta entre un metge i un pacient de la qual neix un vincle patrimonial que justifica una remuneració econòmica com a compensació a la prestació sanitària del metge. Aquest enfocament converteix l'acte mèdic en un «negoci» jurídic, un autèntic contracte, del qual es deriva un conjunt de drets i obligacions per a ambdues parts⁸.

1.2.2.1. Naturalesa jurídica de l'acte mèdic

L'acció professional del metge implica l'existència d'una relació metge-pacient, en la qual caldrà que es compleixin una sèrie de requisits per considerar lícit l'acte mèdic i, a més, ajustat al dret. Cal tenir en compte que s'estableix una relació contractual entre ambdues parts des del moment en què es rep una prestació professional per una banda i l'altra part rep una remuneració, sigui de forma directa o indirecta. Però, jurídicament, perquè l'acte mèdic sigui vàlid, caldrà que existeixin una sèrie de condicionants i circumstàncies entre les parts. El metge caldrà que tingui¹:

- Titulació acadèmica d'acord amb l'acte mèdic contractat.
- Legalitat administrativa i fiscal.
- Capacitat física i contractual.
- Consentiment d'ambdues parts.

El contracte mèdic no apareix definit específicament en el Codi Civil, no obstant això, s'està d'acord que caldria incloure'l per la seva naturalesa en els esmentats contractes innominats o atípics, configurat com un contracte de prestació de serveis previst en l'article 1544 del Codi Civil.

Aquest contracte es caracteritza per ser:

- Bilateral (amb obligacions que afecten ambdues parts)
- Consensuat (consentiment i conformitat d'ambdues parts)
- Onerós (sol estar remunerat)
- Commutatiu (les prestacions de les parts han de ser proporcionades i equilibrades)
- Personal (és un contracte de confiança)
- Continuatiu (no sol esgotar-se en un sol acte)
- Informal (no cal que es verbalitzi per escrit; és tàcit i verbal)
- Contracte de mitjans, no de resultats (el metge no es compromet a guarir el malalt, només a utilitzar tots els mitjans que té al seu abast, excepte en els casos de medicina satisfactiva^e).

1.2.2.2. Fases de l'acte mèdic i la seva correlació amb els criteris jurídics i medicolegals de normopraxi assistencial

Des del punt de vista jurídic, els paràmetres qualitatius que regulen tot acte mèdic són: atenció, diligència, perícia i prudència.

Cal aplicar, per tant, aquests paràmetres jurídics i de qualitat a les diferents fases que configuren l'acte mèdic.

^e Podríem definir la medicina satisfactiva com aquella en què la finalitat no és terapèutica sinó de resultats. Gisbert-Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Ed. Masson; 2004.

Fases:

Estudi clínic (inclou l'anamnesi i exploració clínica del malalt)

L'entrevista clínica inicial constitueix la primera fase de tota actuació mèdica. El pacient es dirigeix al professional per un problema de salut i aquest ha d'esbrinar les característiques simptomàtiques del procés a través de l'entrevista. Aquesta anamnesi es caracteritza perquè ha de ser dirigida pel professional, interrogant sobre aquells aspectes clínics fonamentals per establir un diagnòstic. És fonamental interrogar sobre els antecedents patològics ja que poden influir tant en la hipòtesi diagnòstica com en l'evolució de la patologia en concret.

L'estudi clínic del malalt s'assimila al criteri jurídic d'atenció.

Diagnòstic

A partir de l'anamnesi en què el pacient verbalitza aspectes simptomàtics, caldrà realitzar una exploració clínica. L'exploració clínica permetrà obtenir dades objectives a partir de les quals es podrà establir una primera hipòtesi diagnòstica.

L'exploració clínica ha de ser general i específica en relació amb el motiu de consulta.

A partir de les dades subjectives obtingudes de l'anamnesi i les objectives de l'exploració clínica, si cal per establir un diagnòstic, s'indicaran proves complementàries, les quals permetran confirmar la hipòtesi diagnòstica inicial o bé establir-ne una altra, en funció dels resultats.

Establir un diagnòstic s'inclou en el criteri jurídic de perícia.

Elecció de les alternatives terapèutiques

Un cop s'ha arribat a un diagnòstic, caldrà indicar-ne un tractament. Les característiques medicolegals que ha de tenir tot tractament perquè jurídicament sigui vàlid i s'atengui als criteris de la *lex artis* serien les següents:

- Idoneïtat clínica i científica

Això significa que les diferents alternatives terapèutiques que es plantegin al pacient han de ser acceptades com a vàlides per les diferents societats científiques en el moment en què es plantegen.

- Apropiadades a l'estat clínic del pacient

No seria medicolegalment correcte plantejar a un pacient una opció terapèutica no adequada al seu estat de salut.

- Recursos adequats

Cal disposar dels recursos idonis per portar a terme l'opció terapèutica plantejada. Si no és el cas, cal derivar el pacient a un altre professional o centre assistencial que en disposi.

- Estimació ponderada de risc-benefici

Tota actuació facultativa ha de regir-se per un principi bioètic bàsic: la no-maleficència, és a dir, mínima iatrogènia.

En funció del tipus de patologia i estat clínic del malalt, caldrà plantejar l'opció terapèutica menys cruenta.

L'adequada indicació terapèutica s'assimila als conceptes jurídics de perícia i prudència.

Informació

En el títol primer, capítol primer, article 10 de la Llei general de sanitat 14/1986 de 25 d'abril, s'estableix el dret a la informació com un dret del pacient. És la primera vegada que una llei reflecteix la informació al malalt com un dret de tot usuari, essent alhora un deure del professional sanitari⁹.

Tal i com diu l'esmentada llei, aquesta informació haurà de ser verbal i escrita, per tant, ha de quedar reflectida en el document específic per aquest fi: el document de consentiment informat.

Aquesta llei valora també dos aspectes bàsics: la lliure decisió del malalt en relació amb les diferents alternatives terapèutiques així com el dret a negar-se a realitzar cap tractament.

La Llei general de sanitat de l'any 1986 constitueix un punt d'inflexió respecte a la forma d'actuar dels professionals sanitaris, i també suposa un canvi en la relació metge-pacient que fins llavors existia ja que, per primera vegada, es té en compte l'opinió del malalt envers la seva patologia. «Se li dóna» l'oportunitat d'elegir, així com de negar-se a ser tractat. Per primera vegada s'inclouen els aspectes bioètics de la professió sanitària en un text legal amb rang de llei.

Aquesta llei va ser ampliada a Catalunya amb la Llei 21/2000 de 29 de desembre atenció¹⁰, la qual va ser modificada amb la Llei 16/2010 de 3 de juny¹¹. A l'Estat espanyol, la Llei general de sanitat va ser ampliada i modificada amb la Llei 41/2002 de 14 novembre¹², assentant i reafirmant el dret a la informació del pacient, el dret d'accés a la documentació clínica i el document de consentiment informat.

La informació al pacient s'assimila al criteri jurídic d'atenció.

Aplicació del procediment terapèutic

Un cop el pacient ha estat informat i ha triat l'opció terapèutica més adequada de les proposades, el professional n'aplicarà el tractament.

La tècnica terapèutica s'aplicarà segons els criteris següents:

- Disponibilitat de recursos per tractar les possibles complicacions que succeeixin.

Cal preveure que de tot acte mèdic poden sorgir complicacions. Caldrà, doncs, disposar dels recursos necessaris per resoldre-les.

- Minimització de la iatrogènia (sempre, de totes les opcions terapèutiques vàlides per al tractament d'una patologia, caldrà aplicar aquella que sigui menys iatrogènica).

Així doncs, l'aplicació del procediment terapèutic està subjecte als criteris de diligència, perícia i prudència.

Seguiment evolutiu

Una de les característiques que defineix l'acte mèdic és la seva continuïtat. Habitualment no s'acaba amb un únic procés assistencial, sinó que cal un seguiment del pacient. El control evolutiu és fonamental per a la detecció precoç de possibles complicacions.

El seguiment evolutiu del pacient forma part dels criteris d'atenció i diligència.

Complementació dels documents medicolegals

Tot acte mèdic requereix de la complementació de documents. El bàsic i fonamental és la història clínica, no obstant això, hi ha molts documents medicolegals específics i propis de cada acte assistencial: comunicats judicials (de defunció i de lesions, d'internament involuntari...), documents específics per a extracció i implantació d'òrgans, assajos clínics, avortament, tècniques de reproducció assistida o esterilitzacions en incapaços. Per a la seva realització, tots requereixen la tramitació d'una documentació medicolegal pròpia.

L'adequada elaboració de la història clínica constitueix un dret del pacient i una obligació del professional, tal i com s'estableix en la Llei general de sanitat⁹.

La complementació de la documentació assistencial i la seva tramitació s'inclou dins el criteri jurídic d'atenció.

Una praxi mèdica correcta inclou, a més dels paràmetres qualitatius anteriorment esmentats, els paràmetres quantitius.

Els paràmetres quantitius de l'acte mèdic són:

Assistència clinicoterapèutica

Inclouria els paràmetres definits en la Llei 44/2003 d'ordenació de les professions sanitàries i que configuren l'acte mèdic⁷:

- Prevenció de malalties
- Tractament de la patologia
- Rehabilitació del malalt

Atenció medicosocial (la garantia dels drets del pacient)

Amb criteri medicolegal, definirem, doncs, una actuació assistencial d'acord amb la normopraxi quan s'hagi donat cobertura tant als paràmetres qualitius com als quantitius. Tot allò que no s'ajusti a aquests principis, correspondria a una mala praxi.

Alguns autors defineixen la mala praxi com aquella actuació portada a terme per un metge que no compleix els estàndards establerts per la comunitat científica^{13, 14}.

1.2.3. Concepte de responsabilitat professional

La paraula *responsabilitat* deriva del llatí i significa l'obligació de respondre dels nostres actes, que, quan han estat origen d'un dany, significa reparar, satisfer o compensar el dany. De la mateixa manera, *responsabilitat mèdica* serà aquesta obligació de reparar o compensar els danys produïts pel metge en el curs de la seva activitat laboral⁸.

D'acord amb això, s'entén per responsabilitat professional mèdica l'obligació que tenen els metges de reparar i satisfer les conseqüències dels actes, omissions i errors voluntaris, i fins i tot involuntaris dins de certs límits, comesos en l'exercici de la seva professió⁸.

La responsabilitat del metge no es vincula al resultat, sinó al fet de no haver posat a disposició del pacient els mitjans adequats, d'acord amb les circumstàncies i els riscos inherents a cada procediment¹⁵.

1.2.4. Tipus de responsabilitat professional

Amb independència de la responsabilitat eticodeontològica i la col·legial, els metges en l'exercici de la seva activitat professional són responsables en les esferes penal, civil i contenciosa administrativa¹⁶.

1.2.4.1. Responsabilitat penal del metge

El metge pot ser responsable penalment dels seus actes en les circumstàncies següents:

- Com a ciutadà
- Realització d'una infracció dolosa durant el seu exercici professional; seria la infracció de les normes que regulen l'exercici professional.
- Imprudència punible, la circumstància jurídica més habitual en responsabilitat penal mèdica, tipificada en el Codi Penal en dos tipus¹⁶:

Imprudència greu que a la vegada es subdivideix en imprudència greu constitutiva de delictes i imprudència greu constitutiva de falta de lesions.

Imprudència lleu amb resultat de mort o amb falta de lesions

Dels diferents tipus de responsabilitat que afecten als professionals sanitaris, la més temuda és la penal. Les penes de presó, inhabilitació, multa són òbviament les que més preocupen¹.

Conceptes bàsics

1.2.4.1.1. La culpa

L'element psicològic de la mala praxi radica en la previsibilitat i evitabilitat del fet; és el que ens porta a considerar el concepte de **culpa mèdica**. La *lex artis* i la culpa tenen una íntima relació. La forma d'actuar culposa es sustenta sobre dos elements fonamentals: la prevenció i la previsió que, tal i com s'ha dit, constitueixen l'element psicològic de la mala praxi⁶. La culpa mèdica és una falta de diligència i previsió¹⁷.

El fet imprudent sorgeix de la comparació entre la conducta executada i aquella que hauria d'haver-se realitzat conforme a l'observança de les normes corresponents de cura, derivades de la ciència mèdica, de les normes deontològiques i dels protocols mèdics⁶.

Cal dir que hi ha dues úniques formes de culpabilitat: el dol i la culpa. Actua dolosament qui sap el que fa i vol fer-ho; exigeix, el dol, un element intel·lectual (saber) i un altre volitiu (voler). Actua, en canvi, culposament qui omet la deguda diligència. En el dol hi ha consciència i voluntat, mentre que en el delictes culpós l'activitat final del subjecte no va encaminada a la producció del resultat¹.

Així doncs, es pot definir la culpa com aquella acció u omissió que vulnera un deure objectiu i concret de cura, i produeix un resultat lesiu o danyós directament relacionat amb una acció inicial que, per la seva naturalesa, era previsible i evitable⁶.

1.2.4.1.2. Tipus de culpa

Imprudència o negligència professional

La jurisprudència distingeix entre els conceptes d'imperícia i negligència. Així doncs, es defineix la **imperícia** com l'actuació amb absència de coneixement de les normes que regulen l'activitat que es realitza, mentre que la **negligència** professional es sustenta en la infracció dels deures inherents a la professió. La imperícia equival a la ineptitud o ignorància i la negligència implicaria l'abandonament¹.

Imprudència temerària

Segons el Tribunal Suprem, la **imprudència temerària** es caracteritza per la inobservança de la més racional cautela, per l'omissió de totes les precaucions que el fet exigia, o almenys de les més elementals i rudimentàries, per la imprevisió i el descuit¹.

Imprudència simple

Si la imprudència temerària es correspon amb la culpa greu, la **imprudència simple** es relaciona amb la culpa lleu o molt lleu. A diferència de les anteriors classes de culpa, no es tipifica en el Codi Penal com a delictes sinó com a falta. Podríem dir que, en la imprudència simple, l'autor no ha extremat les precaucions pròpies del cas ni ha esgotat tota possibilitat d'evitar un resultat lesiu¹.

El metge és, per tant, penalment responsable dels seus actes quan el fet incriminat constitueix una infracció voluntària (dolosa), imprudent o negligent (culpa) tipificada com a falta o delictes en el Codi Penal¹⁸.

1.2.4.2. Responsabilitat civil del metge

La responsabilitat civil és una obligació que neix de la llei dels contractes i quasi contractes i dels actes i omissions il·lícits o d'aquells en els quals intervingui qualsevol gènere de culpa o negligència. La responsabilitat civil es concreta en la indemnització dels danys i perjudicis⁸.

1.2.4.2.1. Tipus de responsabilitat civil

1.2.4.2.1.1. Responsabilitat civil contractual

Neix de l'incompliment del contracte tàcit o quasi contracte de prestació de serveis. Si el pacient o familiars estimen que aquest incompliment ha estat origen d'un perjudici, poden reclamar davant els tribunals la indemnització econòmica pertinent per a la seva compensació⁸. També rep el nom d'obligacional, perquè no només neix dels contractes, sinó també de les obligacions contretes; aquestes obligacions neixen de la llei, dels contractes i quasi contractes i dels actes i omissions il·lícits o d'aquells en els quals intervingui qualsevol gènere de culpa o negligència. Tota obligació consisteix a donar, fer o no fer alguna cosa¹⁹.

La relació metge-pacient és considerada jurídicament com un contracte de prestació de serveis; no és un contracte de resultats, per tant, l'obligació del metge d'indemnitzar no sorgirà perquè el malalt o els seus familiars s'hagin

sentit frustrats per no haver aconseguit els resultats esperats, sinó quan es demostrï que hi ha hagut incompliment de l'obligació del metge de realitzar tot els actes exploratoris, diagnòstics, terapèutics que l'estat actual de la ciència exigeix en el tractament de la malaltia en concret⁸.

La responsabilitat civil del metge és essencialment contractual¹⁷. No obstant això, la recent evolució de la sanitat ha invalidat en moltes ocasions aquesta afirmació, essent un dels temes més debatuts en dret sanitari²⁰.

Segons el Tribunal Suprem, la forma no és l'element determinant de la naturalesa del contracte. La voluntat és l'essència del negoci jurídic i, consegüentment, del contracte. Aquests aspectes es troben reflectits en els articles 1255 i 1258 del Codi Civil. És especialment rellevant el contingut de l'article 1258, en el qual s'estableix que és suficient que hi hagi consentiment perquè existeixi el dret a contracte¹⁷.

1.2.4.2.1.2. Responsabilitat civil extracontractual

La responsabilitat extracontractual està perfectament definida en l'article 1902 del Codi Civil: «El que per acció o omissió causa dany a un altre intervenint culpa o negligència, està obligat a reparar el dany causat». És la també anomenada **responsabilitat subjectiva** o aquiloliana¹⁹.

Neix del dany causat a un altre per acció o omissió intervenint culpa o negligència (art. 1902 del Codi Civil)¹⁶. És la responsabilitat basada en la culpa. Apareix quan hi ha voluntat de causar dany o bé hi ha negligència. En els últims anys, la Sala Primera Civil del Tribunal Suprem ha introduït l'anomenada **responsabilitat objectiva**, que suposa la reparació a la víctima del perjudici o dany només pel fet d'haver-lo patit, sense precisar l'existència de culpa de l'agent causal o no. Aquestes tendències s'han anat incorporant als sectors de més risc, com és el cas de la responsabilitat sanitària¹⁶.

El requisit de la previsibilitat és imprescindible perquè pugui concórrer la responsabilitat extracontractual. Quan el fet ocorregut no era previsible, no hi ha responsabilitat extracontractual¹⁹.

1.2.4.2.1.3. Responsabilitat civil d'origen delictiu

Els fets delictius produeixen en moltes ocasions danys personals i perjudicis econòmics. L'article 1902 del Codi Civil estableix que les obligacions civils que neixin dels delictes o faltes es regiran per les disposicions del Codi Penal. És l'anomenada **responsabilitat civil d'origen delictiu o criminal** i va unida, tot i que és independent, a la sanció penal que correspongui al delicte o falta⁸.

1.2.4.3. Responsabilitat contenciosa administrativa

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 en la jurisdicció penal o civil, en què s'ha de provar que hi ha hagut falta mèdica, en la jurisdicció contenciosa administrativa serà suficient que es demostrï l'existència del dany i que existeixi una relació causal entre l'atenció sanitària i el perjudici¹⁶.

1.2.5. Elements constitutius de responsabilitat mèdica

Tant si es tracta de responsabilitat penal com civil, perquè pugui parlar-se de responsabilitat mèdica, cal que es compleixin certs requisits:

Obligació preexistent

És l'element fonamental de la responsabilitat mèdica en els casos en què l'omissió de la prestació dels serveis o atencions mèdiques constitueix l'origen del presumpte dany o perjudici. És a dir, deixar de fer el que es té l'obligació de fer per un compromís previ, bé de tipus contractual o per imperatiu legal.

Falta mèdica

Cal entendre per falta mèdica la imprudència, la falta d'atenció, la negligència o la inobservança de les normes de l'art i la tècnica de curar.

Es tracta de valorar si el metge ha complert amb la seva obligació respecte a un malalt, si ha exercit una activitat adequada en diagnosticar, i si ha aplicat els mitjans terapèutics necessaris per curar-lo, alleugerir-lo o rehabilitar-lo⁸.

La falta pot produir-se per acció o per omissió¹⁶.

La gradació de la falta mèdica té diferents nivells:

- Falta lleu. Es podria entendre com l'omissió de cautela en una persona diligent amb producció de dany¹⁶, no obstant això, quedaria el benefici del dubte⁸.
- Falta greu. Són les seves causes la imprudència i la imperícia i són resultat de la falta d'atenció, imprevisió i inobservança de les regles fonamentals de l'art mèdic⁸.
- Falta gravíssima. Definida com la falta grollera per Lacassagne. Són els errors greus que es cometen com a conseqüència de no tenir els coneixements fonamentals de medicina que tot metge ha de tenir. És la ignorància inexcusable dels juristes⁸.

Perjudici derivat

Perquè un metge es trobi en situació de responsabilitat és necessari que la falta comesa hagi ocasionat danys i perjudicis a una altra persona. Aquests perjudicis els poden patir:

- El mateix pacient
- Familiars i hereus
- Un tercer

En el cas del pacient, els perjudicis poden ser: morals, econòmics o bé somàtics, en forma de seqüeles físiques, psíquiques o, fins i tot, la mort.

Els familiars i hereus pateixen perjudicis bàsicament morals i econòmics.

Els tercers, els pateixen de forma moral i econòmica.

Relació de causalitat

Perquè existeixi responsabilitat hi ha d'haver relació de causalitat entre la falta comesa i el perjudici ocasionat. Només quan es demostrï aquest nexa d'unió podrà acceptar-se que la falta mèdica ha estat el fonament o bé l'origen del dany⁸.

Establir aquesta relació de causalitat és un dels aspectes més complicats de la pericial medicolegal.

En el Codi Penal espanyol hi ha diferents articles que afecten la professió mèdica. Així doncs, tenim, per exemple, els articles 147, 148, 149, 150 i 152, que fan referència a les penes imposades en delictes de lesions. Els articles 155 i 156, per exemple, fan referència al consentiment informat en relació amb els menors d'edat i incapaços, així com la validesa del consentiment en el trasplantament d'òrgans, esterilització i cirurgia transsexual. L'eutanàsia es troba recollida i definida en l'article 143.

Els articles 157 i 158 fan referència a les penes imposades en cas de lesions al fetus.

Els articles 159, 160, 161 i 162 del Títol V fan referència a les penes a imposar en delictes relatius a la manipulació genètica.

L'omissió del deure de socors es troba recollida en els articles 195 i 196.

El secret professional es troba recollit en els diferents articles del Títol X, capítol I, així com també en els articles del 413 al 418.

El delictes derivat de la suposició de part, alteració de la paternitat i estat o condició del menor es recull en el capítol II, articles del 220 al 222.

Els articles 359 al 378 fan referència a la salut pública.

La falsificació de certificats es recull en els articles 397 al 399.

L'intrusisme professional es troba inclòs en els articles 402 i 403.

1.3. Situació actual de la responsabilitat mèdica

Ja l'any 1923, Lucas Championiere afirmava que «el problema de la responsabilitat mèdica és cada dia més greu i angoixant i preocupa amb raó a tots els metges». I afegia que «si no es vol tallar la iniciativa benefactora que pot curar els malalts, interessa molt protegir el metge honest i conscient contra les persecucions injustes». Aquesta afirmació continua sent a dia d'avui d'una gran actualitat atès el nombre de demandes creixents contra metges²¹.

Actualment, la salut no es considera una sort sinó que la protecció de la salut és un dret i el metge se'l contempla com un tècnic i no com un mag. S'ha passat d'una antiga «sacralització» a considerar-lo «culpable» de les frustracions d'aspectes vitals que no poden ser solucionats: la malaltia i la mort⁶.

El que s'ha observat amb preocupació en diferents països és l'increment progressiu del nombre de reclamacions contra metges per preteses males praxis; per entendre aquesta situació, s'han estudiat alguns factors que poden explicar aquest fet.

1.3.1. Factors que incideixen en l'origen de les reclamacions

Clàssicament i en nombrosos textos, s'han esgrimit com a circumstàncies més importants que han incidit en el creixement de denúncies a metges per possible mala praxi les següents:

1. La tendència a l'augment de la seguretat de l'home modern i la menor passivitat davant l'infortuni. Ara la societat no es resigna davant un fet que abans podia haver estat considerat com inevitable. Ara l'home intenta buscar les causes i les responsabilitats davant un succés que ha generat un dany¹⁷.

La societat actual cada cop està més frustrada i reivindicativa, cada cop més exigent. Reacciona sense contemplacions quan hi ha diferència entre el que s'espera (a vegades molt més del que la medicina pot oferir realment) i el resultat obtingut⁶.

2. L'evolució de la medicina, que en els últims anys ha patit un procés de tecnificació i massificació; el pacient no es troba en molts casos davant un metge particular al qual coneix, sinó davant una institució sanitària anònima a la qual demana responsabilitats^{17, 22}.

3. La gran demanda de prestacions, que comporta un menor temps de dedicació al malalt, així com mitjans tècnics sofisticats i en contínua renovació amb grans possibilitats diagnòstiques i terapèutiques, elements que condicionen la percepció de la societat que tot es pot solucionar. Per altra banda, també implica la realització de tècniques més arriscades i agressives⁶. Això incrementa les possibilitats que els malalts pateixin efectes adversos com a conseqüència de la intervenció mèdica.

4. La «vulgarització» del coneixement mèdic, que ha condicionat que moltes persones alienes a la medicina considerin que coneixen les premisses necessàries per poder identificar un error professional¹⁷. També hi ha contribuït la informàtica i l'accés pràcticament universal a les noves tecnologies, com Internet, on la disponibilitat d'informació mèdica és immediata.

5. La massificació dels pacients, les llistes d'espera, la medicina en equip, la major capacitat assistencial en matèria sanitària, que suposa un increment dels actes mèdics i assistencials⁶.

6. L'existència de les assegurances de responsabilitat civil també han influït en la possible exigència de la responsabilitat civil a la professió mèdica. Representen una important font d'ingressos per a advocats i procuradors, així com per a pèrits mèdics, que cada cop formen organitzacions més sofisticades. També constitueixen una font d'ingressos per a les companyies asseguradores, que, en principi, incrementen a gran escala el nombre de pòlisses de cobertures de responsabilitat i la seva quantia, i també per als perjudicats i familiars, que, a vegades, intenten resoldre d'una forma fàcil els seus problemes econòmics durant molt de temps⁶.

Sttudert *et al.* (2004) en la publicació «Medical malpractice», resumeix les causes de l'increment de reclamacions en les següents: més consciència

pública dels errors mèdics, disminució del nivell de confiança cap al sistema de salut, els avenços i la innovació tecnològica —sobretot en les tècniques diagnòstiques—, i l'augment de l'activitat mèdica²³.

No obstant això, val a dir que, tal i com la responsabilitat personal es configura com la responsabilitat de ser un bon professional, a l'administració sanitària correspon ser un bon servei de salut, actualitzat i competent. Freqüentment es demanda el metge per unes actituds i uns mitjans que no depenen d'ell ni tampoc estan al seu abast, sinó que són subsidiaris del Servei de Salut, que és on s'hauria de dirigir la reclamació²⁴.

Tenint en compte l'actual situació de crisi econòmica, en la qual hi ha una important restricció de mitjans i de professionals en els hospitals i serveis públics, podria ser un factor que potser en el futur s'afegirà en les reclamacions realitzades pels ciutadans. Ha de ser el metge qui ha de suportar de nou aquesta pressió?

1.3.2. Especialitats més conflictives

A Espanya hi ha pocs estudis que analitzin la situació actual en relació amb la responsabilitat mèdica, les causes i l'origen. Pocs estudis tenen dades objectives, homogènies i comparables a causa de la gran dispersió i la protecció de dades²⁵.

No obstant això, sí que cal destacar algunes publicacions realitzades atesa la rellevància dels resultats, tant d'àmbit nacional com internacional.

Així doncs, es pot mencionar un estudi realitzat per la Subdirecció Sanitària de l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD) a hospitals públics de l'Estat espanyol, d'expedients oberts entre 1995 i 1999 en el qual destaca com a aspectes més importants que el 85% dels sinistres es produeixen en un hospital, el 13% en un centre de salut, un 1% en centres concertats i un 1% en serveis especials d'urgència. Les àrees assistencials en què es produeixen més reclamacions són les urgències (27%), seguides dels quiròfans (25%). En un 30% dels casos les reclamacions es fan per la mort del pacient i el 70%, per lesions o seqüeles. Respecte a les especialitats més conflictives, des del punt de vista de la

responsabilitat professional, destaquen segons aquest estudi traumatologia (14.38% de les reclamacions), medicina de família i general (13.03%), ginecologia (11.71%), cirurgia (7.03%), medicina d'urgències (6.73%), com a més rellevants. Aquest treball també menciona que el sexe femení predomina lleugerament sobre el masculí com a reclamant, concretament el 51.71% dels reclamants són dones⁶, aspecte amb el qual també coincideix l'article publicat per Sttudert *et al.* (2006), segons el qual, en una revisió de 1.452 reclamacions per mala praxi, el 60% dels reclamants són dones²⁶.

Segons la memòria anual realitzada pel servei de responsabilitat professional del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB), l'any 2009 es va constatar per primer cop una lleugera tendència a la disminució del nombre de reclamacions contra metges²⁷. Segons Arimany (2011), durant l'any 2009 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va advertir de la necessitat d'extremar les mesures de seguretat per prevenir lesions o morts per actes mèdics no segurs, i va aconsellar unes línies de treball enfocades cap a la prevenció de l'error mèdic i la seguretat clínica. Aquesta acció de recerca pretén fomentar la seguretat dels pacients a Catalunya, mitjançant la detecció dels procediments mèdics o quirúrgics de risc i informar els metges i societats científiques de la seva prevenció.

Perea Pérez *et al.* (2009) destaquen en una publicació realitzada l'any 2009 referent a l'anàlisi de 1.899 sentències judicials que l'especialitat mèdica més reclamada és traumatologia, seguida de ginecologia i obstetrícia²⁵.

Anupam Jena *et al.* van publicar el 2011 un estudi en el qual es realitzava una previsió de risc de reclamació per mala praxi segons l'especialitat mèdica. Durant el període d'estudi, el 7.4% dels metges van tenir una reclamació per mala praxi, l'1.6% dels quals van haver de pagar una indemnització. Les especialitats de major risc de reclamació, segons aquesta casuística són: neurocirurgia, cirurgia toràcica, cirurgia general, traumatologia, cirurgia plàstica, ginecologia i obstetrícia. El que crida l'atenció, però, és que les especialitats que tenen més reclamacions no són necessàriament les que han de pagar més indemnitzacions. S'estima que tots els metges d'especialitats considerades d'alt risc tindran almenys una reclamació al llarg de la seva carrera professional.

Aproximadament el 40% de les reclamacions no aniran associades a errors mèdics i només una porció molt baixa (28%) aniran acompanyades d'indemnitzacions²⁸. Aquestes dades coincideixen amb les publicades en la memòria de l'àrea de praxi del COMB, segons les quals, de les 1.649 reclamacions relatives al període comprès entre 2002 i 2007, 1.383 (83.8%) van finalitzar sense responsabilitat, 266 (16.13%) van finalitzar amb responsabilitat i 148 (8.97%) van finalitzar amb indemnització²⁷.

De l'estudi realitzat per Álvarez González *et al.* a l'Institut de Medicina Legal de Màlaga l'any 2007 se'n desprèn que les especialitats més denunciades són, en primer lloc, traumatologia, seguida de la cirurgia general, medicina general, urgències, ginecologia i obstetrícia. Tanmateix, refereix que tot i que el nombre de denúncies per presumptes negligències mèdiques creix cada any de forma considerable, el nombre de situacions processals que impliquen objectivament una mala praxi en relació amb el nombre d'actes mèdics és molt petit²⁹.

Aquests resultats contrasten amb els obtinguts per Bruguera *et al* (2012) en un estudi realitzat sobre les reclamacions en cirurgia bariàtrica, que conclou que existeix una baixa taxa de reclamacions per complicacions relacionades amb aquest tipus de cirurgia però, en canvi, hi ha un elevat nombre de condemnes, a pesar de la infreqüència de defectes de praxi¹⁵.

Segons Santiago-Sáez *et al* (2010), les especialitats més denunciades són, en primer lloc, medicina d'urgències, seguida de ginecologia i obstetrícia, traumatologia i neurocirurgia³⁰.

Sttudert *et al.* (2006, 2005) en la seva anàlisi estadística per especialitats, publica un estudi en el qual observa que l'especialitat de ginecologia i obstetrícia representa el 19% de les reclamacions, cirurgia general el 17%, assistència primària el 16%, cirurgia ortopèdica i traumatologia el 8%, neurocirurgia el 7.1%, radiologia el 5%, anestesiologia el 5%, urgències el 4% i pediatria el 4%^{26,31}.

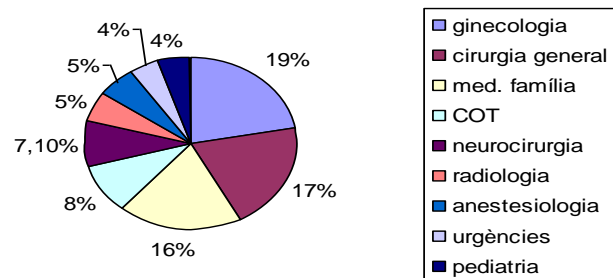


Figura 1. Especialitats més reclamades segons: Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, Puopolo AL, et al. Claims, Errors and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. N.Engl J Med. 2006; 354:2024-33.

Per altra banda, Brown *et al.* va publicar l'any 2010 un estudi en el qual es van identificar 11.529 denúncies per mala praxi en un període de 23 anys. Es desprèn que dins les especialitats amb més conflicte hi trobem: medicina d'urgències (19%), medicina interna (15%), medicina de família (14%), cirurgia ortopèdica i traumatologia (11%), cirurgia general (10%), radiologia (6%), radioteràpia (6%), ginecologia i obstetrícia (3%)³².

Sttudert *et al.* (2005) i Che-Ming Yang *et al.* (2009) afirmen que la medicina d'urgències és considerada una especialitat d'alt risc de reclamació conjuntament amb neurocirurgia, cirurgia general, cirurgia ortopèdica i traumatologia, ginecologia i obstetrícia i radiologia. En aquest cas, els factors que determinen la litigiositat d'aquesta especialitat són: el temps limitat d'assistència al malalt en un servei d'urgències, falta de continuïtat assistencial i poc contacte metge-pacient, com a més importants^{31, 33}.

Tal i com refereix Nunzio di Nunno *et al.* (2004), les especialitats quirúrgiques són les que tenen més risc de reclamació. Així, en un estudi realitzat conjuntament pel Departament de Medicina Forense i el de Medicina Interna de la Universitat de Bari, d'un total de 364 denúncies per pretesa mala praxi, les reclamacions per especialitat varen ser: ginecologia i obstetrícia (16%), cirurgia general (14%), medicina d'urgències (10%), medicina interna (9%),

traumatologia (8%), anestesiologia (7%), neurocirurgia (5%), cardiologia (4%), pediatria (3%) i otorinolaringologia (2%)³⁴.

Per altra banda, Singh *et al.*, publiquen el 2007 un estudi sobre reclamacions produïdes entre 2002 i 2004 realitzat per cinc companyies asseguradores de quatre regions dels Estats Units (nord-est, Atlàntic mitjà, sud-oest i oest) on s'observa que els metges residents es van veure afectats en el 87% dels casos. Les especialitats més conflictives van ser: cirurgia general, geriatria, cirurgia ortopèdica i traumatologia i pediatria³⁵.

Segons dades facilitades pel Servei Català de la Salut, que ha permès l'accés al seu programa informàtic de gestió de sinistres, entre els anys 2004-2009 s'han produït un total de 3.436 reclamacions, distribuïdes de la manera següent³⁶:

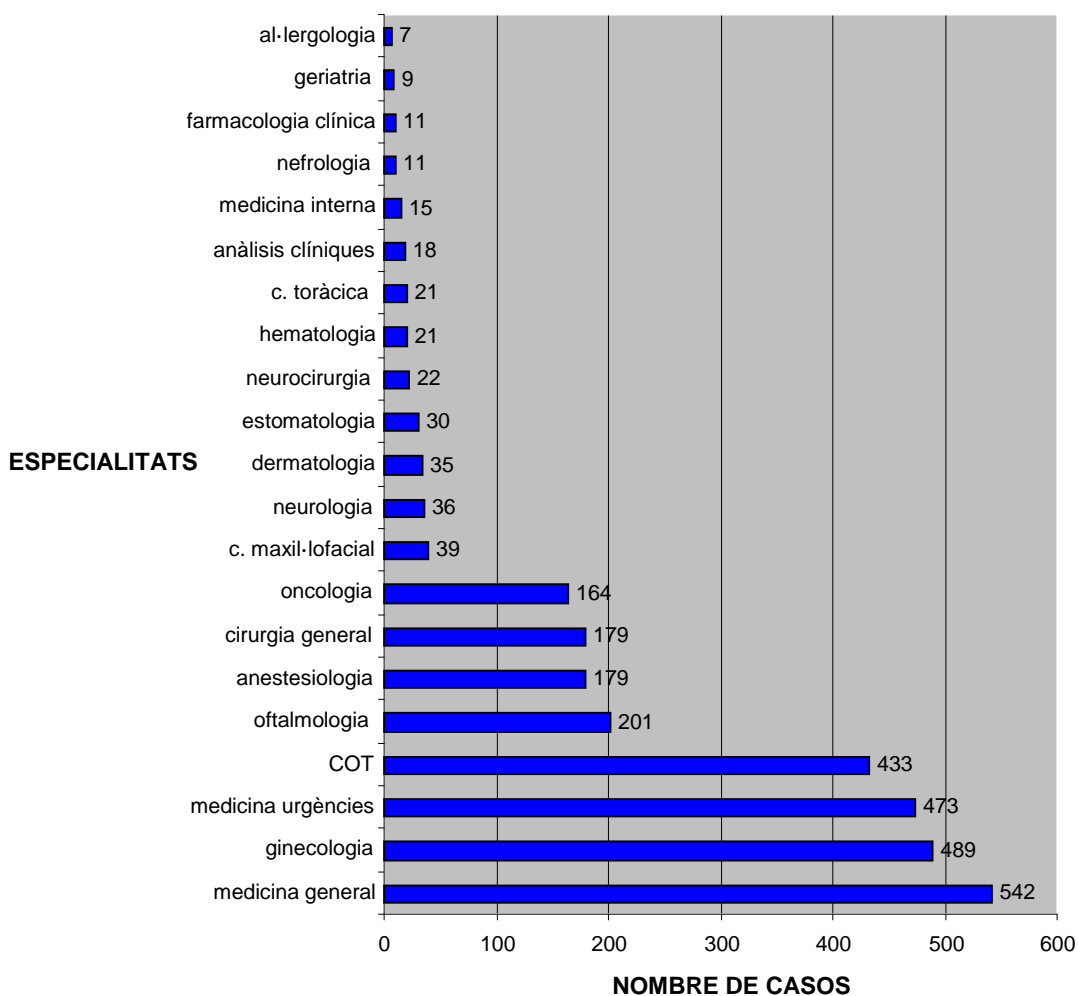


Figura 2. CONFIDE: programa informàtic responsabilitat mèdica, Servei Català de la Salut.

En relació amb la responsabilitat professional i especialitats mèdiques més conflictives quant a risc de patir una reclamació, la bibliografia consultada coincideix que són les especialitats quirúrgiques les que estan sotmeses a un elevat risc de litigiositat, molt més que les especialitats no quirúrgiques.

1.3.3. Principals motius de reclamació

Davant d'una reclamació per pretesa mala praxi, cal saber quins són els motius que la fonamenten i que insten el pacient, o bé els seus familiars, a iniciar un procediment, administratiu o judicial.

Segons Pinto (2010), una reclamació per mala praxi es produeix quan el pacient creu que hi ha hagut un defecte de cura i, com a conseqüència, s'ha produït un dany³⁷.

Refereix Hernández Gil (2008) que, del conjunt d'expedients oberts per reclamacions judicials, administratives o de sol·licitud de compensació econòmica a l'INSALUD entre els anys 1995 i 1999, el 30% dels casos sorgeixen arrel de la mort del pacient i el 70%, per lesions o seqüeles. El 57% dels casos es reclama al·ludint complicacions o mals resultats, el 28% problemes amb el diagnòstic, 9% accidents, 4% problemes d'organització i el 2% defecte d'informació⁶.

Segons dades obtingudes de la memòria del servei de responsabilitat professional del COMB, els motius de reclamació durant el període 1990-2007 es distribueixen de la manera següent: mala tècnica quirúrgica (28.3%), error diagnòstic (16.7%), seguiment clínic deficient (12.3%), complicacions postquirúrgiques (11.6%), existència de seqüeles (10.9%), manca d'informació (5.1%)²⁷.

En l'anàlisi de sentències de reclamacions en l'especialitat de neurocirurgia realitzat per Santiago-Sáez *et al.* (2010), s'observa com en les sentències es recull l'error terapèutic en el 55.2% dels casos com a fet imputat, seguit per l'error diagnòstic en el 12% dels casos, l'error de seguiment en el 8% i el dèficit d'informació en el 6%.

Aquest estudi també refereix que les seqüeles permanents són més demandades que la mort. Tanmateix, refereix que en el 38.3% de les sentències es fa referència a l'obligació de mitjans per part dels professionals però no n'hi ha cap que es refereixi a l'obligació de resultats, aspecte aquest últim fonamental en el concepte i definició de la responsabilitat professional en l'àmbit de la medicina³⁰.

En canvi, en l'especialitat de radiologia, l'error d'interpretació de la radiografia, tant en relació amb el defecte de diagnòstic com amb l'error diagnòstic, així com la indicació inadequada de proves complementàries radiològiques, són les causes més freqüents de reclamació. Els errors en la comunicació dels resultats entre els professionals constitueixen la quarta causa que motiva una reclamació en aquesta especialitat^{37, 38}.

Segons l'article publicat per Mahdavian *et al.* (2010), de 417 reclamacions produïdes a Holanda entre els anys 1993 fins al 2007, la causa més comuna de denúncia va ser el tractament inadequat (34.8%), seguit dels no diagnòstics (*missdiagnostic*) (33.8%), errors durant la cirurgia (13.5%), retard assistencial (6.3%), tractament inadequat (5.4%), mala comunicació (3.1%), error diagnòstic (2.2%),

com a
més
importants³⁹.

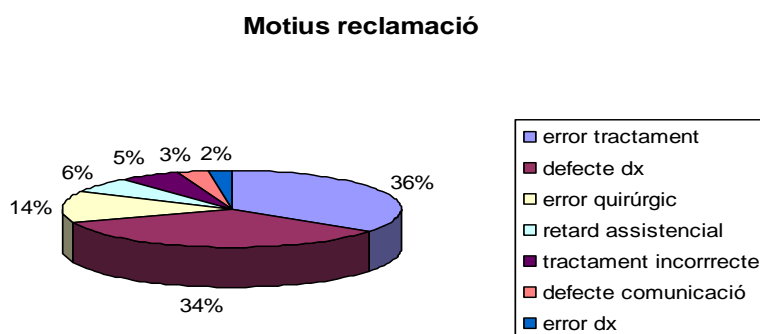


Figura 3. Motius de reclamació. Mahdavian Delavary B, Cremers JE, Ritt MJPF. Hand and wrist malpractice claims in The Netherlands: 1993-2008. *The Journal of Hand Surgery*. 2010; 35: 381-84.

En canvi, un estudi epidemiològic realitzat per Brown TW *et al.* (2010) sobre 11.529 reclamacions del serveis d'emergències de diferents hospitals dels Estats Units entre els anys 1985-2007, va observar que l'error diagnòstic suposava el 37% del total dels motius de reclamació, seguit del "no diagnòstic" (*miss diagnostic*) en un 18%, tractament inadequat el 17%, dèficit de control evolutiu el 7%, essent els errors en la medicació el 2% dels motius de reclamació com a aspectes més importants³².

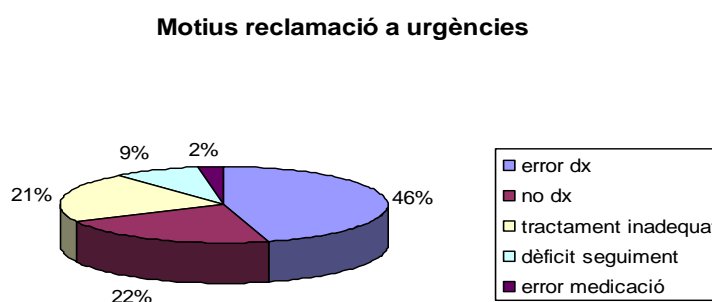


Figura 4. Motius de reclamació als serveis d'urgències. Dades obtingudes de la publicació realitzada per: Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An Epidemiologic Study of Closed Emergency Department Malpractice Claims in a National Database of Physician Malpractice Insurers. *Acad Emerg Med.* 2010; 17: 553-60.

També coincideix en l'error diagnòstic com a principal element de reclamació en els serveis d'urgències l'article publicat per Tudela *et al.* (2005), en aquest cas de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, on va observar que d'un total de 669 ingressos en el servei d'urgències, en 42 casos (6.2%) es va detectar un error diagnòstic⁴⁰.

En el cas, però, de l'assistència primària, un article publicat el 2010 per Rodríguez Pérez *et al.*, de les reclamacions interposades per pacients d'un centre d'assistència primària durant els anys 2007-2008, es va posar de rellevància que el motiu principal de queixa va ser el tracte personal (18.2%), seguit de la falta de recursos humans (18%), problemes en la gestió de Cita Prèvia (13.7%), retard assistencial i llistes d'espera (13%) i problemes d'organització (13%)⁴¹. En aquest últim cas, per exemple, les queixes dels

pacients es produïen, sobretot, pel canvi del metge assistencial habitual. La continuïtat en l'atenció és, doncs, una variable molt valorada pels pacients, fonamentalment en l'especialitat de medicina de família. És evident que aquesta continuïtat genera confiança entre metge i pacient, i davant canvis de professionals, les reclamacions dels pacients s'incrementen.

Segons Ruíz Vadillo (1994, 1995), a partir de la revisió realitzada de la jurisprudència, destaca que el simple error diagnòstic o en el tractament no constitueix delictes, excepte que resulti d'extrema gravetat per la seva entitat. El mateix cal dir sobre la major o menor rapidesa de diagnòstic d'algunes malalties. Tanmateix, l'autor afirma que la imprudència cal mesurar-se des de la perspectiva del metge general i no des de la de l'especialista qualificat¹⁸.

1.4. Error mèdic, efecte advers, seguretat del pacient: conceptes bàsics, problemàtica actual, línies de treball i investigació en la prevenció

1.4.1. Error mèdic i efecte advers

Un estudi publicat per Towse l'any 1999 a Anglaterra ja va observar que al voltant del 4% de malalts patien un efecte advers (*advers event*) derivat de l'assistència mèdica rebuda, l'1% dels quals era degut a negligència i el 15% eren causa de la mort del malalt, o bé hi contribuïen⁴².

La confiança dels pacients en els professionals i en la seva percepció de risc són clau per afavorir la seguretat. Se sap que els malalts es mostren preocupats per la seva seguretat clínica i que, a Espanya, en línia amb altres estudis, entre un 9% i 17% dels pacients informen haver patit un efecte advers durant el procés assistencial⁴³.

La seguretat dels pacients constitueix una nova dimensió en la qualitat assistencial que en els últims anys ha assolit una gran rellevància, i que sense ella augmenta la probabilitat de què altres dimensions com l'efectivitat o la satisfacció dels pacients es vegin afectades negativament⁴⁴.

La Unió Europea va presentar un eurobaròmetre especial sobre la seguretat dels pacients i la seva confiança en el sistema de salut. Els resultats van revelar que quasi la meitat dels enquestats creuen que poden resultar perjudicats per l'assistència sanitària del seu país, tant a nivell hospitalari com extrahospitalari. Entre el països amb els ciutadans més preocupats per aquest fet trobem: Grècia en primer lloc, Xipre, Letònia. Pel contrari, els que consideren menys probable patir algun perjudici derivat de l'assistència sanitària són els ciutadans austríacs, els finlandesos, els alemanys i els espanyols.

Dins els efectes adversos que els ciutadans consideren més probables de patir destaquen: infeccions hospitalàries (59%), diagnòstic incorrecte que inclou tant l'error diagnòstic com el no-diagnòstic o el retard diagnòstic (58%), errors relacionats amb la medicació (49%), errors quirúrgics (46%), errors relacionats amb l'equipament mèdic (39%)⁴⁵.

Efectes adversos segons els ciutadans

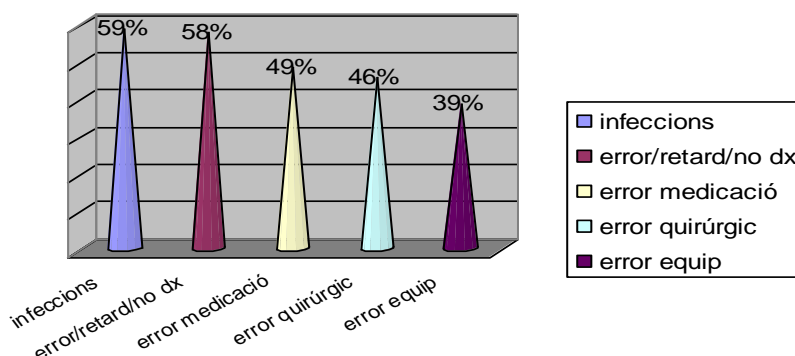


Figura 5 Efectes adversos segons els ciutadans. Article publicat per: Estrada V. El grado de confianza de los españoles en su sistema sanitario es superior a la media europea. Jano. 2010; julio-agosto: 31-34.

Es pot definir la seguretat del pacient com la reducció del risc de produir danys innecessaris durant l'atenció sanitària⁴⁶.

Un efecte o succés advers (*advers event*) es defineix com qualsevol incident que causa un dany al malalt i que s'associa al procés assistencial^{46, 47}.

Una altra definició d'efecte advers és l'esgrimida per Brennan *et al.* (2004), que el conceptuen com la lesió causada per la intervenció mèdica, que perllonga la durada de l'hospitalització i provoca malestar al pacient⁴⁸.

Un error mèdic es defineix com la incapacitat de dur a terme una acció planificada segons el previst o, també, l'aplicació d'un pla incorrecte. L'error pot implicar acció o omissió^{46, 47}.

The Institute of Medicine's de Washington D.C. defineix l'error com el fracàs d'una acció planificada (error d'execució) o bé realització d'una estratègia equivocada per assolir un objectiu (error de planificació)^{46, 49}.

La pràctica de la medicina actual comporta la realització d'una activitat amb un alt component tecnològic i d'especialització. Per aquest motiu hi ha major exposició a realitzar més errors que afectaran els pacients en forma d'efectes adversos⁵⁰.

Poden definir-se dos tipus de successos adversos: per una banda, els que provocaran un dany quantificable al pacient i, en segon lloc, aquells que no arribaran a produir dany però que podrien haver-lo produït amb greus conseqüències⁵⁰.

Tot i que el primers estudis sobre els efectes adversos en l'àmbit sanitari varen ser publicats fa uns trenta anys, l'interès sobre la seguretat del malalt neix els últims deu anys⁵¹.

Les tendències actuals indiquen que la seguretat del pacient ha de ser reconeguda com el fonament necessari de la bona qualitat de l'atenció sanitària i que ha d'estar basada en una actitud preventiva així com en la informació, anàlisi i comunicació dels incidents ocorreguts durant el procés assistencial per part del professional sanitari. Segons la Recomanació del Comitè de Ministres del Consell d'Europa núm. R 971/17, les estratègies de seguretat del pacient han de constituir-se en una part integral del programa general de millora constant de la qualitat⁵¹.

Les conseqüències sanitàries, socials i econòmiques dels efectes adversos que es produeixen en el context de la prestació sanitària han portat diferents organismes internacionals a reflexionar sobre la seguretat del pacient i sobre la gestió de riscos sanitaris, i a desenvolupar recomanacions i estratègies orientades a la prevenció, detecció i mitigació dels successos adversos, així com a l'anàlisi de les causes, aprenentatge d'errors i difusió de les lliçons apreses.

No obstant tot això, la posada en marxa de sistemes de notificació i registre de successos adversos exigeix deixar de banda dos grans mites profundament arrelats en el context sanitari: el mite de la perfecció i el mite del càstig. El primer consistiria en la falsa creença que els errors mèdics es produeixen en tots els casos per falta d'atenció, de coneixements o de mitjans. El segon apel·la a l'efecte alligador del càstig i raona que les mesures correctives i disciplinàries podrien ser la solució. Són falses premisses molt arrelades i constitueixen un impediment per posar en funcionament sistemes destinats a recollir informació sobre successos adversos produïts en el context de la pràctica assistencial⁵¹. Una societat que creu que la medicina pot ser totpoderosa queda desencantada quan hi ha un resultat no esperat i és difícil per als pacients o les seves famílies diferenciar entre un efecte advers o un error mèdic³⁴.

1.4.2. Investigació dels efectes adversos i línies de treball en prevenció

Els estudis epidemiològics de seguretat del pacient han fet revisions d'històries clíniques des d'una perspectiva medicolegal mitjançant la recerca de la negligència. En general, la cultura de seguretat predominantment en les organitzacions del nostre país té un perfil caracteritzat per la tendència a ocultar els errors, l'individualisme i la identificació d'un culpable com a solució final⁵². El que s'intenta, però, és millorar la qualitat assistencial, la recerca de l'evitabilitat per adoptar polítiques que millorin la seguretat del malalt en els sistemes de salut⁴⁷. L'objectiu actual és desenvolupar estratègies de control d'esdeveniments adversos. La freqüència, gravetat, impacte i evitabilitat són les claus per guiar les organitzacions en el disseny d'estratègies més eficaces per a la millora de la seguretat del pacient. Segons aquest mateix estudi realitzat

per Aranás *et al.* (2009) en hospitals espanyols, d'una mostra de 5.624 pacients, 112 van morir, 23 dels quals a causa de patir un efecte advers. La incidència de mort en pacients amb reaccions adverses va ser del 4.4%. En 15 dels pacients que van morir, es va observar que hi havia associació entre l'efecte advers i la mort i en 7 va ser considerat com una causa directa de mort. Entre els esdeveniments adversos relacionats amb la mort del pacient, la meitat van ser considerats evitables.

La conclusió fonamental d'aquest estudi reafirma la tendència actual segons la qual una cultura basada en el coneixement pot ser preferible a una cultura basada en la culpa. Saber quins efectes adversos són evitables i la identificació dels factors predictius que estan associats amb esdeveniments adversos, permetrà desenvolupar estratègies per millorar la seguretat dels serveis de salut⁴⁷.

Coincideix amb aquest estudi el publicat per Somville *et al.* (2010), en el qual es refereix que la prevenció dels efectes adversos depèn d'un bon coneixement del seu origen i estableix alguns factors associats a la presència dels esdeveniments adversos: la inexperiència del professional, excessiva càrrega laboral, el cansament, falta de comunicació entre els diferents professionals, intervencions d'urgència, tècniques quirúrgiques poc usuals o la inadequada organització hospitalària⁴⁹.

Nolan (2000) estableix quines poden ser les tàctiques per reduir els errors i mitigar els efectes adversos. Aquestes estratègies podrien ser: disminuir la complexitat dels procediments, optimitzar la informació i millorar l'atenció⁵³.

L'estudi publicat per Singh (2007) sobre errors que afecten metges residents va observar que s'hi troben implicats en el 87% dels casos estudiats. Entre les causes que poden originar errors mèdics hi estableix: defecte de competència tècnica (58%), defecte de supervisió (54%), problemes de transferència (19%) i excessiva càrrega laboral (19%)³⁵.

Segons Grau Cano (2011), els incidents i successos adversos es detecten en les sessions clíniques, en els passis de visita o durant els canvis de guàrdia o

de torn. També són importants els comitès de qualitat assistencial i els pacients, els quals constitueixen una important font d'informació⁵⁰.

Actualment les rondes de seguretat (*walkrounds*), les reunions d'avaluació pre i postintervenció (*briefing* i *debriefings*) i el desenvolupament d'indicadors específics de seguretat clínica constitueixen els últims instruments per a la detecció dels incidents.

Els incidents assistencials es produeixen per la combinació entre les deficiències del sistema i els errors dels professionals. Les deficiències del sistema estan relacionades amb l'organització i el disseny d'activitats: les condicions de treball (fatiga, sobrecàrrega laboral), la manca de lideratge i supervisió, la comunicació, l'equipament, el manteniment de les instal·lacions, la formació o les habilitats del personal^{49, 50}.

Tradicionalment s'ha culpabilitzat el professional com a desencadenant de l'error. La nova teoria de sistemes assumeix que els errors són conseqüència de fallades del sistema i que, per tant, caldrà analitzar-los i aprendre'n, identificant-los, buscant les causes del sistema que els han originat i redissenyant-los en funció dels resultats de l'anàlisi^{50, 51}.

Un concepte nou i recent és el concepte **succés sentinella**. Es defineix com un fet inesperat que pot produir la mort o lesió greu física o psíquica en els pacients. Es distingeixen de la resta per la seva gravetat real o potencial i per un alt component d'evitabilitat. Exemples d'aquests successos serien: una mort inesperada, suïcidi d'un pacient, mort d'un nou-nat, mort materna, mort d'un pacient a la sala d'espera d'urgències, intervenció quirúrgica en localització equivocada, reacció hemolítica posttransfusional, oblit de material quirúrgic després d'una intervenció, dosi excessiva de radioteràpia i retard en la instauració d'un tractament vital⁵⁰.

Els successos sentinella no han de ser considerats com un fet aïllat o que s'han produït per una simple mala sort. Perquè se'n produeixi un, altres pacients hauran estat exposats prèviament a successos similars amb mínimes

conseqüències o bé d'altres no hauran tingut cap conseqüència per haver estat detectats a temps.

L'anàlisi de causa-arrel és l'eina d'estudi retrospectiu més utilitzada per investigar els successos sentinella.

Per altra banda, la Joint Commission on Accreditacions of Healthcare Organizations publica anualment les causes-arrel més identificades dels successos sentinella i serien, per ordre: manca de lideratge, factors humans, comunicació, contribució del pacient, entorn de treball, disponibilitat d'informació, cures assistencials, planificació de cura, contínuum assistencial i medicació⁵⁰.

Dins dels successos sentinella més freqüents, es consideren els següents:

Taula 1. Successos sentinella. Disponible a: Grau Cano J, Prat Marín A, Bertrán Luengo MJ. Análisis de los incidentes de seguridad clínica. Jano. 2011; 1776: 73-79.

Succés sentinella	%
Errors (pacient/lloc/procediment)	14%
Retard tractament	11%
Complicacions quirúrgiques	10%
Cos estrany	10%
Suïcidis	10%
Caigudes	7%
Error medicació	6%
Agressió, violació, homicidi	4%
Mort perinatal, dèficit funcional	3%
Defecte equipament mèdic	3%

Pel que fa a aquesta línia d'anàlisi de causa-arrel, trobem la publicació realitzada per Battles *et al.*, que en un article de 2001 ja valoraven de quina manera els residents d'hospitals universitaris podien aprendre dels errors. També exposaven els factors que poden incidir en els errors i efectes adversos durant el procés assistencial, tals com: manca de supervisió durant

l'aprenentatge, excessiva càrrega de treball, fatiga física o programes formatius inadequats⁵⁴.

Tanmateix, es defineixen conceptes bàsics com:

- Succés sentinella, tal i com ja s'ha definit prèviament.
- Succés ocorregut que no ha causat dany però que en podia haver creat.
- Concepte de *near miss*, definit per Van der Schaaf, com a succés que no ha tingut conseqüències perquè ha estat identificat i s'ha corregit l'error.

Battles *et al.* (2001) defineix dos tipus d'errors: els actius i els latents. Els actius els identifica com a errors humans, mentre que els passius o latents els identifica amb problemes tècnics o derivats de l'organització⁵⁴.

Els accidents es defineixen com a errors humans, i els efectes adversos passen quan hi ha condicions latents, el sistema falla i es produeixen errors humans.

Coincideixen Grau Cano (2011) i Battles *et al.* (2001) en la importància de l'anàlisi causa-arrel per identificar, i sobretot prevenir, les circumstàncies que poden derivar en un efecte advers per al malalt i així millorar la seguretat clínica^{50, 54}.

«To err is human», article publicat per Lyle Bootman l'any 2000, ja establia que als hospitals dels Estats Units es produïen entre 44.000 i 98.000 morts cada any derivades d'errors mèdics⁵⁵. En aquest article es fonamenta la publicació de Bates *et al.* (2001), ja que afirma que prop d'un milió de lesions i unes 100.000 morts poden atribuir-se a errors mèdics, i aporta una nova línia d'investigació i prevenció dels errors mèdics basada en la informació i tecnologia. En la mateixa línia que altres autors, manifesta que les causes dels successos adversos són multifactorials i que freqüentment apareixen enmig de processos complexos. Per exemple, els errors de la medicació solen ocórrer en la interfase entre infermeria i farmàcia, i els problemes de comunicació solen

aparèixer entre la família i els metges o bé, més important, entre metges de diferents especialitats. Aquest article deixa ja entreveure la relació entre l'aparició d'un efecte advers i el risc de litigi o reclamació i arriba a la conclusió que el 69% dels pacients que pateixen un efecte advers no reclamen⁵⁶.

Vincent *et al.* (2000) compara l'aparició dels efectes adversos en matèria de salut i les investigacions que es realitzen quan hi ha accidents d'aviació. La unitat de risc clínic (The Clinical Risk Unit) desenvolupa un procés d'investigació i anàlisi dels efectes adversos. Com a conclusions bàsiques d'aquest estudi es valora:

- Les anàlisis sobre incidents clínics o efectes adversos, que s'han de centrar menys en les persones i més en els factors organitzatius.
- L'ús d'un protocol formal que asseguri una investigació, sistemàtica, àmplia i eficient.
- El protocol redueix la possibilitat d'explicacions simplistes i l'assignació de la culpa.
- L'anàlisi dels efectes adversos, que és un poderós mètode d'aprenentatge.
- L'anàlisi d'aquests efectes adversos i el seu origen, que porta directament a les estratègies per a la millora de la seguretat del pacient⁵⁷.

Un estudi especialment interessant és el publicat per Brennan *et al.* (2004). D'una mostra de 31.429 històries clíniques de pacients hospitalitzats de diferents hospitals de Nova York, va valorar-ne l'aparició de successos adversos, els factors de risc que feien més probable la seva aparició, l'edat dels pacients, les conseqüències d'aquests successos adversos i si eren deguts o no a negligència. Els resultats més importants d'aquest estudi poden resumir-se en el següent:

- Identificació de 1.278 successos adversos, 306 dels quals deguts a negligència, és a dir, el 27.6%.

- Augment del risc de patir un succés advers segons l'edat del pacient: persones de 65 anys o més tenen més risc que persones entre 16 i 44 anys. No es va trobar cap diferència significativa entre sexes.
- Aparició del succés advers no necessàriament relacionat amb una negligència; la seva absència tampoc no significa que no n'hi hagi hagut¹⁴.

La publicació realitzada per Leape *et al.* (1991), va observar que el lloc de l'hospital on es produïen més freqüentment els successos adversos era al quiròfan, seguit de la planta d'hospitalització i dels serveis d'urgències. El 58% dels pacients amb traumatismes severos tractats en un servei d'urgències van tenir severos errors de tractament. Les urgències són especialment sensibles al fet que es produeixin errors. Els factors més importants que ho determinen són: falta d'experiència dels professionals en urgències, el poc temps que tenen per dedicar al malalt i la gravetat dels pacients, com a elements fonamentals⁵⁸.

Va arribar a la conclusió que, tot i que molts d'aquests successos no poden ser previnguts, la gran majoria sí que ho són. No obstant això, en la línia d'altres autors, estableix que l'error no és el mateix que la negligència i que la presència d'un error no és condició suficient per dir que hi ha negligència⁵⁸.

Un dels factors que poden influir en la percepció de seguretat del pacient és la presència de buits durant el procés assistencial. Segons Cook *et al.* (2000) aquests buits —*gaps* en terminologia anglosaxona— són discontinuïtats en el procés assistencial però que poden ser identificats, anticipats i solucionats. Exemples d'aquests buits serien: la pèrdua d'informació en les transferències de pacients o canvis de torn entre els professionals. En aquests processos hi pot haver pèrdua d'informació i fallida del sistema que donarien lloc a l'error⁵⁹.

Un estudi interessant sobre els efectes adversos és el realitzat per Martínez Mondéjar *et al.* (2013) a l'Hospital Severo Ochoa de Leganés, on a partir de l'anàlisi de 90 històries clíniques els autors van identificar efectes adversos i varen valorar la seva previsibilitat i la seva influència en la duració de l'ingrés hospitalari així com les conseqüències en el pacient. Del total de la mostra, en el 52% dels casos es va identificar al menys un efecte advers. 47 pacients eren

els afectats, dels quals el 49% eren homes i el 51% dones. Les edats estaven compreses entre els 15 i 85 anys, sent l'edat mitjana i desviació estàndard de 56.8. El nombre d'efectes adversos detectats varen ser de 64 i en el 23% dels pacients se'n va detectar més d'un. El 56% dels efectes adversos es varen considerar que podien haver estat previnguts, mentre que el 44% no⁴⁴.

Així doncs, en relació amb els successos adversos derivats dels processos assistencials, l'enfocament actual passa per la prevenció i l'evitabilitat. L'anàlisi causa-arrel així com la notificació d'aquests successos serien els elements fonamentals que millorarien la qualitat assistencial i la seguretat del pacient. Segons Ruiz-López (2005), l'anàlisi causa-arrel ha de determinar els factors humans i altres factors directament associats al succés sentinella, analitzar els sistemes i processos subjacents, investigar els punts de risc i valorar si existeixen millores en el procés o sistema que disminueixen la probabilitat d'un nou succés advers en el futur⁶⁰. Tanmateix, Bañeres (2005) aposta per establir a Espanya un sistema de registre i notificació dels successos adversos que suposaria una estratègia per aprendre dels errors, en línia amb altres països com Austràlia, Regne Unit o Estats Units⁶¹.

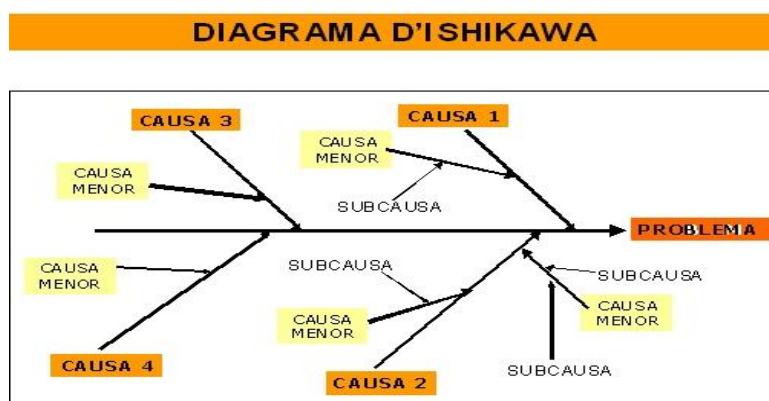


Figura 6: Diagrama d'Ishikawa: metodologia d'estudi de l'anàlisi causa-arrel o en espina de peix. Disponible:

http://ateneu.xtec.cat/wikiform/wikiexport/cursos/escola_inclusiva/deic/modul_6/practica_4

1.5. Autòpsia i responsabilitat professional

A Espanya, l'Associació Defensora del Pacient va rebre durant l'any 2009 12.276 denúncies per suposades negligències mèdiques, 586 de les quals (4.8%) van acabar amb la mort del pacient. Segons Aguilera *et al.* (2011) un estudi realitzat a Alemanya va estimar que es produeix un efecte advers que acaba en la mort del malalt en el 0.1% dels pacients hospitalitzats, el que suposaria unes 17.500 morts anuals en aquest país⁶².

Un dels temes més complexos de la patologia forense és la realització d'una autòpsia en casos de mort després d'una actuació medicoquirúrgica. L'autòpsia continua essent un mètode molt útil en les denúncies per presumpta mala praxi, atès que permet aclarir la causa i el mecanisme de la mort en el 63.4% dels casos⁶².

L'estudi realitzat per Shojania *et al.* (2003), basant-se en una recerca bibliogràfica de diferents articles del Medline, conclou la importància de l'autòpsia en la investigació i recerca i la valora com un element de qualitat dins la pràctica assistencial. Les troballes autòpsiques són fonamentals per correlacionar-les amb els diagnòstics clínics que prèviament s'han establert, valorar si hi ha hagut errors diagnòstics o bé patologies no diagnosticades prèviament. Així, classifica els errors en dos grans tipus: els greus (que han condicionat la mort del pacient) i els tipus I (que serien aquells que d'alguna manera han influït en l'evolució final del pacient). També refereix que, tot i així, entre l'1 i 5% dels casos, a pesar de realitzar una autòpsia tècnicament correcta, no pot arribar-se a cap diagnòstic de causa de mort⁶³.

Un estudi semblant a l'anterior és el realitzat per Pakis *et al.* (2010) a Turquia, que, amb una mostra de 375 autòpsies, va observar que la correlació entre el diagnòstic clínic i l'autòpsic va ser del 49.1%, mentre que les discrepàncies entre ambdós era del 13.8%. Les causes més freqüents de discordança entre el diagnòstic clínic i diagnòstic autòpsic van ser: complicacions quirúrgiques no diagnosticades, infart agut de miocardi, pneumònia i hemorràgia cerebral posttraumatisme cranioencefàlic, com a més importants⁶⁴.

Tal i com conclou l'autor, l'autòpsia continua essent el mitjà més important de mesura del control de qualitat assistencial. Les causes de mort i el diagnòstic d'errors haurien de ser discutits en sessions clíniques amb la finalitat de poder reduir els errors assistencials.

Tal i com refereix Aso Ascario (2011), en casos de responsabilitat professional, l'autòpsia és complexa; cal disposar de tots els antecedents mèdics i, per tant, de la història clínica. Establir la relació de causalitat entre les troballes autòpsiques i la praxi mèdica és un dels elements de major dificultat pericial⁶⁵.

Una línia de treball que creiem rellevant és la desenvolupada per l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, en la qual s'estableix la col·laboració de l'esmentat Institut amb els professionals assistencials, integrant metges forenses en les comissions de mortalitat hospitalàries. Entenem que aquesta col·laboració és especialment interessant per a la millora de la qualitat assistencial.

1.6. *Malpractice crisis*. La medicina defensiva i el seu impacte. conseqüències econòmiques i socials de la responsabilitat mèdica

L'augment de reclamacions en l'àmbit mèdic condiciona que els facultatius realitzin una pràctica professional de més seguretat i, en ocasions, porta a sol·licitar proves i procediments diagnòstics addicionals que entrarien de ple en l'anomenada medicina defensiva. Aquest tipus d'actuació, a més de generar situacions d'insatisfacció professional, estrès i *burnout* (síndrome d'esgotament professional) en els metges, comporta un increment de la despesa sanitària, major risc per al pacient, augment de les llistes d'espera i és contrària a l'ètica mèdica⁶⁶.

Als Estats Units, la pràctica de la medicina defensiva es relaciona amb el fenomen conegut com *malpractice crisis*. L'espectacular increment de les demandes, al costat d'un notable augment de sumes en les compensacions pagades per danys, ha repercutit en el preu de les primes de les assegurances

que paguen els metges. El fenomen de la cultura de la demanda s'ha globalitzat.

Segons l'Associació Mèdica Mundial, ha augmentat arreu la cultura del litigi, que afecta de manera negativa la pràctica de la medicina i la disponibilitat i qualitat dels serveis de salut.

En aquest context, els metges troben més dificultats per exercir la seva activitat, i la bona relació metge-pacient, que continua fonamentant-se en la mútua confiança, es troba distorsionada fins a arribar a situacions de greus conflictes.

Tancredi, en un article publicat el 1978, es referia a la medicina defensiva com l'exemple de procediments diagnòstics i terapèutics amb el propòsit explícit d'evitar demandes per mala pràctica⁶⁶. Summerton (1995) la defineix com l'acció d'ordenar tractaments o proves complementàries amb la finalitat de defensar el metge i no amb l'objectiu de diagnosticar o tractar el malalt⁶⁷.

La *malpractice crisis*, objecte d'un intens debat sobre la conveniència de reformar el sistema legal de la responsabilitat mèdica davant la profunda crisi que afecta el mercat de l'assegurança de la responsabilitat mèdica.

Tot això ha condicionat els metges tanquin les consultes i els pacients tenen dificultats per accedir a algunes especialitats com obstetrícia; alhora, es malgasten milers de milions de dòlars en medicina defensiva⁶⁶. En la mateixa direcció, trobem l'article publicat per Carles M. (2003), en el qual refereix que alguns metges s'han vist impossibilitats per exercir la seva especialitat en no poder cobrir els constants augments del preu de les pòlisses²⁰.

Davant aquesta situació, l'American Medical Association (Associació Mèdica Americana) demana a les organitzacions professionals nacionals que reaccionin exigint als seus legisladors les reformes necessàries per garantir les lleis i els sistemes jurídics que protegeixen els seus metges de judicis sense fonament⁶⁶.

L'estudi publicat per Studdert *et al.* en el *New England Journal of Medicine* el 2006 ja en feia referència. En una mostra de 1.452 demandes per mala praxi, van observar que el 40% de les demandes presentades als Estats Units per possible mala praxi eren infundades. El 72% van ser finalitzades sense cap tipus d'indemnització. Segons aquest estudi, els costos de la litigació per mala praxi són exorbitants²⁶. El mateix autor, en l'article anomenat «Medical malpractice» (2004), refereix que el sistema d'indemnització és altament injust i ineficient, a més, calcula que aproximadament el 60% de cada dòlar que es gasta és absorbit per les taxes administratives²³.

Per altra banda, l'estudi publicat per Localio *et al.* (1991) observa que molts pacients amb lesions greus derivades d'una clara negligència mèdica no reclamen, aproximadament 5.400, excedint de forma important el nombre de pacients que interposen denúncia (3.570). Aquest estudi explica aquesta situació pel fet que, potser, es produeix una transacció econòmica⁶⁸.

Un altre aspecte rellevant de l'estudi és que arriba a la conclusió que la justícia no compensa els pacients amb lesions greus; no hi apareixen identificats, però, els professionals que han actuat de forma inadequada⁶⁸.

Segons dades facilitades pel Servei Català de la Salut, dels 3.436 sinistres produïts per possible defecte de praxi durant els anys 2004-2012, només en 293 es va arribar a un acord extrajudicial; la resta continuen per via judicial, principalment contenciosa³⁶.

Tanmateix, els costos econòmics s'incrementen. Segons Piccirillo *et al.* (1989), el nombre de reclamacions per mala praxi l'any 1975 va ser de 14.000, amb uns costos de 95.000 dòlars, mentre que l'any 1983 es va triplicar el nombre de reclamacions, que passà a ser de 42.000 amb uns costos de 338.000 dòlars⁶⁹.

L'estudi realitzat per Terrence Brown *et al.* (2010) parla d'11.529 reclamacions corresponents a un període de 23 anys, en les quals es van produir indemnitzacions per un total de 664.152.120 dòlars. L'especialitat d'anestesiologia va patir les indemnitzacions més altes, seguida per neurologia. De les reclamacions que ja estaven tancades, en 119 el resultat va ser

favorable per al reclamant, en 667 per al defensor del metge i en 3.216 es va arribar a un acord extrajudicial. Una dada interessant de l'estudi és que refereix que és més car resoldre una reclamació per la via judicial que amb un acord³².

L'article de Sttudert et al. (2004) esmentat anteriorment ja refereix que moltes reclamacions estan injustificades i que impliquen una important angoixa al professional i afecten la relació metge-pacient, alhora que, moltes vegades, condiciona canvis de decisions en el professional abocant-lo a la medicina defensiva, els costos de la qual són font de debat continu²³. La pràctica de la medicina defensiva és acceptada pels metges, tal i com es refereix en l'article «Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment», publicat pel mateix autor l'any 2005. Aquest estudi es va realitzar a partir de les especialitats considerades d'alt risc: urgències, cirurgia general, traumatologia, neurocirurgia, ginecologia, obstetrícia i radiologia, als especialistes de les quals es va realitzar una enquesta. Entre els resultats a destacar cal mencionar, per exemple, que la meitat dels metges van respondre que no confiaven que la seva asseguradora els donés cobertura en cas de reclamació. El 59% dels metges van respondre que sovint practicaven als pacients més proves complementàries de les indicades, sobretot a urgències. El 52% derivaven els malalts a altres especialistes sense estar indicat. Aquest fet era més habitual en l'especialitat de ginecologia. Una tercera part dels facultatius va admetre que prescrivien més fàrmacs i tractaments dels indicats. El 44% dels cirurgians generals van admetre que sovint oferien de forma innecessària procediments invasius. Segons aquest article, l'alt nivell de la medicina defensiva és part del cost social en matèria de responsabilitat professional atès que dificulta l'accés de la població a determinades especialitats i, a més, incrementa el risc d'efectes adversos sobre el pacient³¹.

Summerton (1995) refereix que la conducta del metge es modifica quan hi ha la possibilitat de ser demandat pel pacient, augmentant el nombre de proves complementàries. Segons l'autor, millorar la informació o bé les anotacions a la història clínica, seria una conseqüència positiva de la medicina defensiva; no obstant això, les conseqüències negatives de la medicina defensiva superen les positives⁶⁷.

L'article publicat per Kessler (2011) planteja la necessitat de realitzar una important reforma del sistema sanitari i judicial, atès que s'ha observat que l'actual sistema compensa pacients que no han patit cap defecte de cura i, en canvi, altres que sí n'han sofert no han estat adequadament compensats. Per altra banda, estableix els costos de la medicina defensiva en despeses de més de 50 bilions de dòlars per any⁷⁰.

Ja l'any 1999, Towse *et al.* afirmava que molts efectes adversos derivats de negligència no acabaven en reclamació i, en canvi, moltes reclamacions interposades no derivaven de mala praxi. Aquest article feia una anàlisi de costos. Així doncs, calcula que entre 1990-1991 es van pagar uns 53.2 milions de lliures i entre 1991-1992, 51.3 milions. L'any 1994 el sistema nacional de salut britànic (National Health Service) va estimar els costos de reclamacions per mala praxi en 73 milions de lliures. Per altra banda, també refereix que els estudis objectiven que el 98% dels clínics modifiquen la conducta assistencial per tal de complaure el pacient, augmentant les proves complementàries, donant més informació o bé realitzant més anotacions en la història clínica⁴².

Baicker *et al.* (2007) van realitzar un estudi sobre els costos per negligència mèdica en el sistema nacional de salut dels Estats Units. Aspectes rellevants d'aquesta publicació són, per exemple, els costos que suposa per a un metge el fet de ser demandat, tant els costos quant al temps perdut com els costos morals. L'augment de les demandes va associat a un augment de les primes de les assegurances, així com a un augment de la medicina defensiva, sobretot en la realització de més proves complementàries d'imatge i una reducció de la cirurgia major. No es va observar, però, que s'associés a un augment de la mortalitat⁷¹.

Coincideix amb l'exposat per Baicker l'article publicat per Wong *et al.* (2011), que en una enquesta realitzada a metges d'urgències va obtenir com a resultat que la por de patir una demanda per mala praxi condicionava un increment de sol·licitud de proves radiològiques d'urgències a nens amb traumatisme cranial⁷².

Segons l'article publicat per Mello *et al.* (2010) durant l'any 2008, els costos de la medicina defensiva als Estats Units es van estimar en aproximadament 45.6 milions de dòlars. Els dies de treball perduts pels metges quan són denunciats es calculen entre 2.7 i 5 dies, a més dels costos psicològics per al metge i l'estrès que suposa a nivell anímic i per a la seva reputació. Comptabilitzant tots aquests factors, els autors calculen que, durant l'any 2008, els costos de les reclamacions per mala praxi van suposar un total de 55.6 milions de dòlars, aproximadament el 2.4% de la despesa del sistema nacional de salut als Estats Units⁷³.

Segons dades facilitades pel Servei Català de la Salut, entre els anys 2004-2009 hi va haver un total de 3.436 reclamacions per pretesa mala praxi. D'aquest total de sinistres, l'any 2012, 183 eren expedients finalitzats i 3.253 es trobaven en tramitació. La inversió econòmica realitzada fins l'any 2012 és de 26.811.418 euros³⁶.

1.7. Factors que poden intervenir en la minimització del risc de reclamació. conseqüències de les reclamacions en la relació metge-malalt. com gestionar una reclamació

1.7.1 Factors que intervenen en el risc de reclamació

Un dels factors més importants relacionats amb la qualitat assistencial és la satisfacció del pacient amb els serveis prestats, per tant, qualsevol organització que pretengui millorar la seva qualitat ha d'orientar els serveis cap a la satisfacció dels seus clients. Segons Rodríguez Pérez *et al.* (2010), les reclamacions constitueixen un instrument fonamental per conèixer les expectatives dels pacients, alhora que són una garantia dels drets i deures dels usuaris del sistema sanitari i serveixen com a indicador de la qualitat percebuda i del seu grau de satisfacció⁴¹.

L'article publicat pels autors es va realitzar a partir de 3.431 reclamacions produïdes entre els anys 2007 i 2008 en una àrea assistencial bàsica de salut de Santiago de Compostel·la. La dada interessant de l'article és que el 18.2%

de les queixes realitzades pels usuaris d'aquesta àrea bàsica feien referència al tracte personal rebut. El 66.4% de les queixes dels usuaris anaven dirigides cap al metge. El tracte personal inadequat al malalt, tant per part del personal sanitari com del no sanitari, va ser el motiu de queixa més important dels usuaris⁴¹.

L'increment de les reclamacions per responsabilitat professional sanitària basades en l'absència o deficiència d'informació és molt notable. La relació clínica ha canviat en els últims anys⁷⁴. Tot i que la professió mèdica actualment està altament tecnificada, el pacient vol i necessita tenir contacte «humà» amb el seu metge; aquest aspecte és especialment significatiu en especialitats com la medicina de família, en la qual la manca de contínuum assistencial és font de reclamació per part de l'usuari⁴¹.

La informació i la relació metge-pacient són especialment rellevants en la decisió dels malalts a l'hora d'iniciar una reclamació. L'article publicat per Newman (1996), realitzat amb informació aportada per metges de família, afirma que els errors durant la pràctica assistencial poden passar a tothom, però no tothom és capaç d'acceptar-ho. L'autor afirma que els errors formen part de l'exercici de la medicina i cal que siguin admesos. Quan el metge és incapaç d'acceptar-ho, suposa una situació de patiment i estrès emocional⁷⁵.

Evitar els errors és una qüestió de justícia, però la cultura del reconeixement dels errors és la manera més segura de disminuir-los⁶⁶.

1.7.2. Relació metge-malalt i reclamació: com afecta una reclamació el pacient i el professional

En resposta a la dificultat del reconeixement dels errors derivada de l'increment de les demandes per mala praxi mèdica, a prop de trenta estats dels Estats Units s'han instaurat les anomenades *I'm sorry laws*. Aquestes lleis promouen la declaració dels errors mèdics sense que això suposi una prova de culpabilitat. Disminueix així el risc i, per tant, la por d'una demanda legal per a les institucions i els professionals que s'hi acullin⁶⁶.

Aquestes regulacions suposen la reacció de la societat davant situacions que han estat perniciosos per a tothom, tant per als professionals com per a les institucions i els malalts. Aquesta reforma ha defensat que l'ètica, el respecte a l'error mèdic, l'honestedat i la bona comunicació són els millors antídots per evitar les reclamacions⁶⁶.

Més del 90% dels metges britànics creuen que els pacients són menys propensos a denunciar una negligència si reben una disculpa i una explicació de l'error. A més, nou de cada deu metges creuen que els pacients estan més disposats a queixar-se ara que fa uns anys i més del 55% consideren que el que els motiva és senzillament el desig de rebre una disculpa i una explicació.

La conclusió de l'autor és que tot metge és humà i comet errors. Admetre els errors i demanar disculpes millora la relació metge-pacient, millora la confiança en el professional i ajuda a prevenir errors. També disminueix el risc de reclamació i els costos legals⁶⁶.

En aquesta mateixa línia de reflexió hi trobem l'article publicat per Bruguera *et al.* (2012), en el qual estableix algunes pautes per prevenir les reclamacions per presumpta mala praxi. Entre els aspectes més importants, refereix que el risc de reclamació pot reduir-se amb una adequada informació al pacient. En cas de complicacions o efectes adversos, cal procedir a donar explicacions al pacient i als seus familiars¹⁵.

La falta d'empatia, la insatisfacció i els mals resultats són circumstàncies que motiven els pacients a iniciar una reclamació per presumpta mala praxi.

Per altra banda, tota reclamació per presumpta mala praxi comporta un cost emocional. Michota *et al.* (2009) menciona la severa disrupció de la relació metge-malalt davant una demanda i el dany a la reputació del metge, causant un considerable estrès emocional. L'autor incideix de forma especial en la importància de la informació i del consentiment informat com a eines per disminuir el risc de reclamació. La comunicació, la competència, la compassió i l'empatia són els elements fonamentals per disminuir el risc de reclamació.

Tanmateix, el document de consentiment informat és fonamental com a eina per determinar la informació rebuda pel pacient⁷⁶.

Newman (1996) valora les conseqüències emocionals dels metges després d'haver comès algun error durant la pràctica assistencial. En aquest estudi hi van participar uns trenta metges de família. Els resultats més rellevants de l'estudi es poden resumir en els aspectes següents: el 77% dels metges van admetre haver comès errors; el 17% van admetre que, després d'haver comès un error, se sentien insegurs. Respecte a les emocions dels metges després d'una reclamació, el 96% referien tenir inseguretat, el 93% es qüestionaven, el 86% tenien sentiment de culpa, el 54% se sentien avergonyits, i el 50% tenien por⁷⁵.

Respecte a la necessitat de suport, el 63% admetia la necessitat de parlar amb algú, el 48% necessitava la validació de les seves decisions, i el 59% necessitava la reafirmació de la seva competència professional. Les conclusions d'aquest article van en la mateixa direcció que les d'altres autors: els metges han d'admetre la seva imperfecció i compartir l'angoixa derivada d'una reclamació. Els metges han de poder ser capaços d'admetre els seus errors i compartir aquesta situació amb altres professionals, atès que els errors són una font important d'aprenentatge⁷⁶.

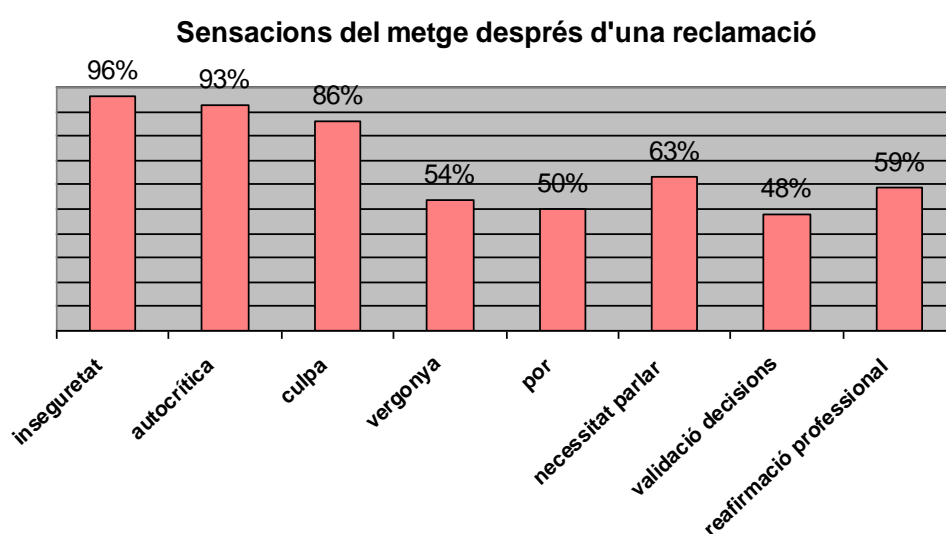


Figura 7. Sensacions del metge després d'una reclamació. Dades disponibles a: Newman MC. The Emotional Impact of Mistakes on Family Physicians. Arch Fam Med. 1996; 5: 71-75.

L'article publicat per Mahdavian *et al.* (2010) refereix que, en el seu estudi, el 3.1% de les reclamacions estudiades (un total de 743) feien referència a un defecte d'informació o bé a una història clínica mal elaborada. Aquest article incideix en la importància de la història clínica com a instrument de defensa mèdica³⁹.

Actualment, existeixen problemes en la forma d'informar els pacients. La falta de temps assistencial, la discontinuïtat de la relació metge-pacient i la medicina interdisciplinària condiciona que els metges no transmetin la informació de forma adequada, a vegades amb massa tecnicismes i, per tant, incompreensible per al pacient; a vegades amb massa distància i poca empatia. L'article publicat per Patel *et al.* (2010) mostra la importància dels diferents aspectes del consentiment informat a l'hora de prendre decisions. Cal incloure: l'objectiu del procés assistencial, els riscos, els beneficis i les alternatives. Moltes vegades els pacients no reben la informació de forma adequada o bé aquesta és insuficient⁷⁷.

Informar és especialment difícil en determinades especialitats com la medicina d'urgències, però, tal i com afirma Brendan (2009), en aquesta especialitat la informació adquireix gran rellevància alhora que pot constituir una excepció la seva obtenció⁷⁸. Quant als aspectes més rellevants del document de consentiment informat, l'autor coincideix amb De Lorenzo (1998), entre d'altres. La doctrina del consentiment informat arriba des del dret, que considera la relació metge-pacient com un contracte; no obstant això, actualment també té fonament en els aspectes més bioètics de la pràctica mèdica, basat directament en la llibertat de l'individu i la seva dignitat⁷⁴.

Els drets europeus recullen la formulació del principi del consentiment de les decisions judicials nord-americanes, que inclouen l'obligació d'informar entre els deures del metge.

Així doncs, els factors que poden intervenir en la minimització del risc de reclamació són segons Moore (2011):

- Informar correctament. La informació verbal, i també escrita, reflectida en el document de consentiment informat millora la relació metge-malalt, alhora que fomenta la confiança del pacient en el professional; millora, també, la seva sensació de seguretat.
- Davant d'un error, és millor l'acceptació de la situació i intentar explicar quins factors han pogut incidir en l'esdeveniment.
- Actuar d'acord a protocols establerts per les societats científiques⁷⁹.

1.8. Com gestionar una reclamació

Un cop s'ha produït la reclamació, caldrà gestionar-la de la forma més justa i equitativa possible. Autors com Brown TW (2010) i Capstick (2004) refereixen que poden estalviar-se molts diners mitjançant la mediació o bé acords extrajudicials^{32, 80}.

Segons Hernández Moreno *et al.* (2002), quan existeix un problema de responsabilitat per mala praxi mèdica, l'Administració de Justícia té l'objectiu, per una banda, d'intentar evitar que la situació es torni a produir i, per l'altra, pal·liar el dany generat, indemnitzant de forma ràpida, equitativa i amb proporcionalitat⁸¹.

La reparació del dany es pot realitzar per dues vies: la judicial i l'extrajudicial^{24, 81}.

Els corrents actuals van en el segon sentit, és a dir, buscar fórmules que pugin ser menys traumàtiques per al metge i, a ser possible, més beneficioses i útils per als perjudicats. S'han de basar en el diàleg, l'enteniment, l'admissió i, si cal, han de compensar i indemnitzar.

Els problemes de la via judicial són: la lentitud, la fredor, falta de discreció i reserva, falta d'elasticitat, falta d'un bon assessorament mèdic i el descrèdit del metge.

La via extrajudicial pretén garantir les indemnitzacions d'una manera més àgil i, alhora, emparar els professionals sanitaris. La forma de fer-ho seria:

- Evitant el descrèdit del metge.
- Indemnitzant el major nombre de casos possibles.
- Actuant de forma ràpida i amb menys burocràcia.
- Procurant la discreció i secret de les actuacions.
- Oferint més comprensió, elasticitat i agilitat.
- Abaratint costos.

Així doncs, s'imposa cada cop més el concepte de **responsabilitat sense falta**, segons la qual els danys sanitaris han de ser indemnitzats independentment que hagi existit falta o negligència. Pretén eliminar part de l'enorme preu que suposa la medicina defensiva i, per altra banda, les indemnitzacions serien més ajustades i menors les despeses associades (advocats, procuradors, etc.).

Aquest sistema és el que impera en països com Nova Zelanda, Suècia, Finlàndia, Noruega, Gran Bretanya, França, o Alemanya, per exemple.

La Unió Europea també està a favor de les solucions extrajudicials per a la resolució de reclamacions.

En la mateixa línia va l'article publicat per Dove *et al.* (2010), en el qual es proposa que els temes sobre responsabilitat professional siguin dirigits per experts o bé en tribunals especialitzats. De fet, la proposta de Barack Obama (actual president dels Estats Units) quan era senador va ser que s'hauria de crear el National Medical Error Disclosure and Compensation Program, que constituïria un programa específic de comunicació i gestió dels errors mèdics⁸².

Actualment, la via judicial es considera insuficient i es comença a defensar la instauració d'altres enfocaments més efectius. Autors com Fernández Hierro (2007) Rodríguez Hornillo (2011) valoren els tribunals d'arbitratge com una opció important. Constituirien un model de gestió per la via administrativa que no es basa en la culpa. Simplifica la determinació de la responsabilitat i elimina

la dependència del procés judicial, operant d'una forma més eficient i previsible. Donaria lloc a una gestió ràpida i imparcial de la reclamació patrimonial per via administrativa que podria conduir a la satisfacció dels pacients i a la tranquil·litat dels professionals. Serien adients en la resolució extrajudicial, bàsicament en les reclamacions per responsabilitat civil, i deixaria la penal als tribunals ordinaris^{17,24}.

Els conceptes de mediació, conciliació i arbitratge serien els que haurien d'imperar en la resolució dels conflictes sobre responsabilitat mèdica.

Per altra banda, autors com Aguilera *et al.* (2011) apunten a la importància de la medicina legal hospitalària en la prevenció i gestió de reclamacions i també en la millora de l'activitat assistencial a través de la medicina legal preventiva⁶².

Actualment, a Catalunya, les denúncies o querelles per presumpta mala praxi s'interposen en el jutjat d'instrucció del partit judicial corresponent al lloc on han ocorregut els fets i, a la pràctica, s'observa que la majoria de denúncies es tramiten per la via penal.

1.9. La prova pericial en responsabilitat mèdica

Un cop una reclamació arriba a la via judicial, la prova pericial adquireix gran importància, fonamentalment en el procés penal.

En l'àmbit penal, el peritatge mèdic està regulat en els articles 456 al 485 de la Llei d'enjudiciament criminal. En l'àmbit civil, el dictamen dels pèrits i la seva regulació es recullen en els articles 335 al 352 de la nova Llei d'enjudiciament civil. Segons Romero Palanco (2002), el pèrit ha de reunir les condicions següents:

- Ser una persona aliena al procés.
- Ser una persona que tingui formació reglada i coneixements especialitzats teòrics o pràctics.
- Ser una persona que incorpori aquests coneixements a la prova²¹.

En el nostre àmbit, una reclamació per presumpta mala praxi és habitual que s'iniciï a través d'una denúncia o bé d'una querrela, és a dir, en la via penal. La instrucció del procediment pot derivar en la necessitat d'intervenció de pèrits i, fonamentalment, del metge forense.

L'objectiu fonamental de la prova pericial és la de facilitar al jutge, al ministeri fiscal i a les parts, una informació àmplia, objectiva, rigorosa i fiable sobre els fets ocorreguts que permeti arribar a una resolució justa fonamentada en una base científica. Tot i així, cal recordar que la prova pericial no és vinculant per al jutge⁸³.

El gran valor que els tribunals de justícia concedeixen a la prova pericial ve donat per la imparcialitat dels qui l'emeten, els metges forenses, ja que són funcionaris públics.

El dictamen sobre responsabilitat mèdica és un dels actes pericials més exigents. S'espera d'aquest dictamen, a més d'objectivitat i imparcialitat, profunditat tècnica²¹.

La superespecialització en medicina exigeix que els metges forenses siguin honestos a l'hora de reconèixer les seves limitacions⁸³. Dit d'una altra manera, un metge pèrit, capaç i perfectament preparat, amb els mitjans adequats i dedicat plenament i exclusivament a la medicina legal i forense, molt difícilment podria abastar totes les subespecialitats mèdiques. És per aquest motiu que Romero Palanco (2002) planteja que les pericials sobre responsabilitat mèdica en alguns casos caldria que fossin emeses de forma conjunta amb un professional d'especialitat clínica i per un metge forense o un especialista en medicina legal i forense, o bé sol·licitar l'assessorament tècnic de les acadèmies de medicina o societats científiques²¹.

La pericial medicoforense cal que sigui tècnica, objectiva i subjecta a raonament científic, per això és fonamental l'anàlisi de tota la documentació judicial. L'objectiu de l'informe pericial serà determinar si hi ha hagut o no mala praxi i realitzar una profunda anàlisi de tot el procés assistencial. La base documental més important sobre la qual es fonamentarà la valoració

medicolegal és la història clínica, que constitueix el punt de referència de la valoració pericial¹⁸.

1.9.1. La història clínica com a element de prova pericial

Es pot definir la història clínica com el conjunt de documents relatius al procés assistencial i estat de salut d'una persona realitzat pel professional sanitari.

És el fruit de la relació entre els professionals dels serveis sanitaris i els usuaris i és, sens dubte, l'element fonamental de la relació metge-pacient⁸⁴.

L'elaboració de la història clínica constitueix un dret del pacient, un deure i dret del metge i és l'element de prova en els casos de responsabilitat mèdica professional⁸⁵.

Està sotmesa a regulació legal: Llei general de sanitat 14/1986 de 25 d'abril, Llei 41/2002 de 14 de novembre i, concretament a Catalunya: Llei 21/2000 de 29 de desembre i la Llei 16/2010 de 3 de juny com a normes més importants.

Una història clínica s'ha de caracteritzar per ser completa, ordenada, intel·ligible, respectuosa i veraç⁸⁵.

La història clínica és rellevant com a prova directa en un procés judicial però, fonamentalment, com a base de la prova pericial mèdica⁸⁵. Un dels elements fonamentals que determinen aquesta validesa com a instrument de perícia és la coetaneïtat, és a dir, la realització de la història clínica de forma simultània al procés assistencial. D'aquí la gran rellevància d'adoptar mesures que permetin assegurar la seva immodificabilitat.

La història clínica constitueix un fidel reflex de la relació metge-malalt i, també, del procés assistencial i permet realitzar una anàlisi medicolegal de la praxi assistencial així com valorar totes les fases de l'acte clínic.

L'objecte d'estudi de tot informe pericial sobre responsabilitat mèdica és principalment la història clínica, a partir de l'anàlisi medicolegal de la qual es podrà valorar la qualitat assistencial, la correcta complementació de totes les

fases de l'acte clínic així com dels paràmetres jurídics que determinen la *lex artis*.

2. HIPÒTESI DE TREBALL

2. HIPÒTESI DE TREBALL

Les hipòtesis de treball que ens plantegem en aquest estudi són les següents:

1. La via penal és la via d'inici més freqüent d'una reclamació per responsabilitat mèdica.
2. El sexe femení es veu més afectat que el masculí en reclamacions per presumpta mala praxi.
3. Les especialitats més reclamades són les quirúrgiques respecte a les mèdiques.
4. Es produeixen més reclamacions en l'àmbit de la sanitat privada que en la pública.
5. La causa més freqüent de reclamació és el mal resultat terapèutic.
6. Els serveis d'urgències són l'àrea hospitalària que genera més reclamacions.
7. Les sentències judicials es resolen més freqüentment amb una absolució cap al professional sanitari que amb condemna.

3. OBJECTIUS

3. OBJECTIUS

3.1. Objectiu principal

Analitzar de forma quantitativa i qualitativa les denúncies presentades per presumpta responsabilitat mèdica a la ciutat de Barcelona durant els anys 2004 a 2009, a partir de les dades del Servei de Clínica Medicoforense de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya.

3.2. Objectius secundaris

- Obtenir el perfil de les reclamacions per responsabilitat professional.
- Estudiar quines són les causes més freqüents de reclamació.
- Determinar quines especialitats mèdiques tenen major risc de reclamació.
- Avaluar en quin àmbit sanitari es produeixen més reclamacions, en el públic o bé en el privat.
- Analitzar les sentències judicials dels procediments motiu de l'estudi.
- Realitzar una anàlisi comparativa entre els resultats obtinguts en aquest estudi amb el resultat de la bibliografia consultada sobre responsabilitat mèdica.

4. MATERIAL I MÈTODE

4. MATERIAL I MÈTODE

4.1. Aspectes generals. Anàlisi de la mostra. Definició de variables

En data 9 de febrer de 2009, es sol·licità a la Comissió d'Investigació i Docència de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya l'autorització per a la realització de la tesi doctoral i, en concret, l'accés a les dades contingudes a l'arxiu del Servei de Clínica Medicoforense de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) en matèria de responsabilitat mèdica. A partir d'aquest moment, es va elaborar una base de dades prenent com a mostra els informes pericials de responsabilitat mèdica del Servei de Clínica Medicoforense de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya corresponents a la ciutat de Barcelona.

En primer lloc, es va valorar el nombre de pericials arxivades des de l'any 2004 al 2009. Un cop comptabilitzada la mostra, es va organitzar l'arxiu per especialitats. Per altra banda, es va valorar també el nombre de pericials que constaven al registre d'entrada del Servei per cada any.

4.1.1. Dades obtingudes de la mostra

En el registre del Servei de Clínica Medicoforense consta la sol·licitud de pericials de responsabilitat mèdica per part dels jutjats amb la distribució següent:

L'any 2004 es va registrar una entrada de 82 casos; 93 casos el 2005, 77 casos el 2006, 85 casos el 2007, 73 casos el 2008, i 62 casos el 2009; la xifra total, segons el registre d'entrada, suposaria una mostra de 472 pericials.

A l'arxiu del Servei de Clínica Medicoforense de Barcelona ciutat, la distribució de les pericials mèdiques per any correspon a la següent:

L'any 2004 hi ha 85 pericials, 65 el 2005, 67 el 2006, 69 el 2007, 58 el 2008, i 17 el 2009; la xifra total suposa una mostra total de 348 pericials mèdiques.

D'aquest total s'han acceptat només els informes amb format de pericial, per tant, s'han rebutjat i no constitueixen part de la mostra aquells informes emesos

que són ampliacions de pericials. Tampoc no s'han tingut en compte aquells informes en què únicament consta la sol·licitud de documentació o bé que es refereix al fet que no hi ha suficient informació per emetre la pericial. Per altra banda, s'han rebutjat aquells informes en què s'ha fet només la valoració de dany corporal, és a dir, la valoració de seqüeles derivades de l'actuació facultativa. Han estat rebutjats els que només contenien respostes a qüestions plantejades o bé aquells en què les dades que hi constaven eren insuficients per a la valoració de la praxi.

Així doncs, segons els criteris esmentats, la mostra analitzada és la següent:

Any 2004. 62 informes pericials. Se n'ha rebutjat 23, dels quals: 7 corresponen a respostes a qüestions formulades, 3 són ampliacions d'un informe previ, 7 són pericials repetides, 2 són sol·licituds de documentació, 1 correspon a valoració de seqüeles i a 3 només hi consten conclusions.

Any 2005. 55 informes pericials. Se n'ha rebutjat 10, dels quals: 1 són respostes a qüestions plantejades, 3 estan repetits, 3 són sol·licituds de documentació i 3 només emeten conclusions.

Any 2006. 49 informes pericials. Se n'ha rebutjat 18, dels quals: 1 està incomplet, 10 són sol·licituds de documentació, 3 estan repetits, 1 és emissió de respostes, 2 són exploracions clíniques i a 1 només hi consten conclusions.

Any 2007. 51 informes pericials. Se n'han rebutjat 18, dels quals: 2 estan incomplets, 9 són sol·licituds de documentació, 2 corresponen a emissió només de conclusions, 3 estan repetits i 2 són exploracions clíniques.

Any 2008. 51 informes pericials. Se n'ha rebutjat 7, dels quals: 2 són emissió de respostes, 2 estan repetits, 2 són sol·licituds de suport especialitzat i 1 és una ampliació d'un informe previ.

Any 2009. 15 informes pericials. Se n'ha rebutjat 2 que corresponen a emissions de respostes a qüestions prèviament plantejades.

El total constitueix una mostra de 283 pericials.

S'han agafat com a mostra totes les pericials de responsabilitat professional arxivades en el Servei de Clínica Medicoforense de Barcelona, en les quals, com a mínim, un signant és metge forense de Barcelona.

S'accepten pericials que provenen de fora de la ciutat de Barcelona, sempre que un dels signants formi part del Servei de Clínica Medicoforense de Barcelona.

La informació de la base de dades s'ha obtingut, fonamentalment, a partir del contingut de la pericial emesa pel metge forense.

Alguns informes pericials es troben arxivats conjuntament amb altra documentació judicial: denúncia, querella, escrit del fiscal, història clínica o declaracions. D'aquesta documentació, s'obté informació sobre algunes de les variables a valorar.

En data 18 de gener de 2011 es realitzà un escrit adreçat a la Comisión de Organización y Modernización del Consejo General del Poder Judicial, per sol·licitar l'autorització d'accés al programa informàtic TEMIS-2 de l'Administració de Justícia, amb la finalitat de tenir accés a la tramitació dels expedients motiu de la tesi, així com per poder saber quin dels expedients ja havia estat jutjat i, alhora, poder accedir a les sentències judicials. L'autorització es va rebre en data 23 de febrer de 2011.

Un cop es va tenir l'accés al programa d'informàtica judicial, es va poder obtenir informació sobre l'evolució de cada un dels expedients analitzats i dades sobre la seva situació judicial.

Tanmateix, a partir d'aquest accés informàtic, es van poder localitzar quins procediments havien estat jutjats, en quin jutjat i les sentències corresponents. Amb l'autorització del Consejo General de Poder Judicial i de l'IMLC, els secretaris judicials van facilitar l'accés a aquestes sentències de les quals es van extreure les corresponents variables per a la seva anàlisi.

4.1.2. Definició de variables

4.1.2.1. Variables obtingudes a partir de les pericials emeses pels metges forenses

Anys analitzats. 2004-2009

Data dels fets. És la que consta en l'informe pericial o documentació adjunta, si hi és.

Es valora amb 1 quan no consta o bé es desconeix la data dels fets.

Data emissió de l'informe. És la que consta en l'informe pericial.

Documentació adjunta. És la documentació que es troba arxivada conjuntament amb la pericial.

1. Escrit de denúncia
2. Querella
3. Fiscal
4. Història clínica
5. No hi ha cap documentació
6. Recurs contenciós
7. Pericial privada
8. Demanda
9. Declaracions
10. Altres

Tipus de diligències. Són les que consten en l'informe pericial i es valoren de la forma següent:

1. Diligències prèvies
2. Diligències indeterminades
3. Recurs ordinari
4. Exhort
5. Procediment ordinari
6. Judici de faltes
7. Altres
8. Es desconeix

Tipus de jutjat. S'entén com a tipus de jutjat l'àmbit judicial que demana la intervenció del metge forense; així doncs, es poden trobar els tipus de jutjats següents:

1. Jutjat d'instrucció: segons consta en l'informe pericial.
2. Jutjat primera instància: segons consta en l'informe pericial.
3. Audiència Provincial Sala Civil: segons consta en l'informe pericial.
4. Audiència Provincial Sala Penal: segons consta en l'informe pericial.
5. Tribunal Superior de Justícia de Catalunya (en endavant, TSJC), sala penal: segons consta en l'informe pericial.
6. TSJC sala civil: segons consta en l'informe pericial.
7. TSJC sala contenciosa administrativa: segons consta en l'informe pericial.
8. Jutjat contenciós administratiu: segons consta en l'informe pericial.
9. Fiscalia: segons consta en l'informe pericial.

10. Altres: altres jurisdiccions diferents de les anteriors.

11. No consta: no consta en la pericial ni s'aporta cap dada sobre qui ho demana.

Via d'inici de la reclamació. És la que consta en l'informe pericial i que motiva l'emissió de la pericial del metge forense que es valora. No es té en compte si prèviament hi ha hagut altres vies, per exemple, un procediment contenciós administratiu que abans hagi passat per una via penal.

1. Penal querella: en l'informe pericial consta que hi ha una querella.

2. Penal denúncia: en l'informe pericial consta que hi ha una denúncia.

3. Penal indeterminada: atès el tipus de diligències o bé jutjat de procedència, es dedueix que és un procediment penal, però es desconeix si hi ha denúncia o querella ja que no consta en l'informe pericial ni tampoc s'adjunta documentació que permeti deduir-ho.

4. Civil: en l'informe pericial consta que hi ha una demanda.

5. Contenciós administratiu: consta via contenciosa.

6. Altres: una via diferent de les anteriors.

7. Es desconeix: no consta res en l'informe pericial ni tampoc s'aporta cap altra documentació que permeti deduir-ho.

Nombre de metges forenses que signen. És el nombre de metges forenses que consten en l'encapçalament i signen la pericial. Es valora la variable tenint en compte únicament la condició de metge forense, no el nombre de pèrits.

Suport especialitzat. Es valora si s'ha sol·licitat el suport d'un altre especialista a part del metge forense.

1. No s'ha sol·licitat suport especialitzat.

2. Hi ha un segon metge forense que, a més, és especialista en alguna matèria diferent de la medicina legal i forense.

S'inclou en aquest apartat el metge forense únic firmant però que realitza la pericial per la seva condició d'especialista amb especialitat diferent de la medicina legal i forense.

3. Signa la pericial un metge forense i un segon pèrit que no actua en condició de metge forense però que és especialista en una matèria diferent de la medicina legal i forense.

4. Signen la pericial un metge forense i un segon pèrit que és psicòleg forense.

Nombre de motius de reclamació. Nombre de causes que motiven la reclamació del pacient o bé dels familiars i que es dedueixen de l'informe pericial o bé de la documentació adjunta.

Motiu de reclamació. És la circumstància principal durant el procés assistencial que ha motivat la reclamació contra els professionals.

El motiu de reclamació s'extreu del contingut de la pericial emesa o bé de la documentació adjunta.

1. Anamnesi inadequada: consta que l'anamnesi incorrecta ha motivat la reclamació.

2. Exploració clínica incorrecta: consta que l'exploració clínica deficient és la causa de reclamació i el que valora la pericial.

3. Falta d'indicació de proves complementàries: és l'element essencial de la pericial i el que es valora.

4. Control evolutiu deficient: és l'element essencial de la valoració pericial.

5. Error diagnòstic: consta en la pericial del metge forense o bé en la documentació adjunta.

6. Mala tècnica quirúrgica: consta en la valoració pericial el defecte de tècnica.

7. Complicació anestèsica: és l'element fonamental de la pericial mèdica.
8. Alta precipitada: consta en la pericial la valoració d'una alta precipitada.
9. Cossos estranys a l'organisme: consta en l'informe pericial específicament l'existència de cossos estranys en el pacient.
10. Error d'extremitat intervinguda: consta específicament en la valoració pericial l'error d'extremitat.
11. Defecte informació/consentiment: consta específicament en la valoració pericial el defecte d'informació.
12. Mal resultat: consta en la valoració de la pericial el mal resultat terapèutic. S'inclou en el mal resultat l'existència de seqüeles com a motiu de reclamació.
13. Seguiment incorrecte d'infermeria: s'estableix en la valoració pericial de forma concreta el defecte de seguiment per part d'infermeria.
14. Preoperatori inadequat: consta específicament en l'informe pericial.
15. Error prescripció terapèutica: consta en la valoració pericial que la causa de la reclamació és un error d'administració de medicament.
16. Manca de titulació: consta de forma concreta en la pericial.
17. Denegació deure de socors: a partir de la documentació, es dedueix que és aquest el motiu.
18. Vulneració de secret professional: consta específicament com a motiu de reclamació.
19. Retard diagnòstic: de forma específica consta en la valoració pericial o bé en la documentació adjunta.
20. Complicacions evolutives: consta de forma específica o bé es dedueix de la documentació aportada.

21. Avortament: la pèrdua fetal constitueix l'element essencial de la pericial.
22. Efectes indesitjables de medicaments: es valora específicament en l'informe pericial o bé en la documentació adjunta.
23. Retard trasllat a centre assistencial.
24. Adquisició d'infeccions.
25. Complicació quirúrgica.
26. Retard assistencial.
27. Procediment innecessari.
28. Falta de mesures de seguretat.
29. Mesura terapèutica incorrecta: consisteix a indicar un tractament mèdic o quirúrgic no adequat a la situació clínica del malalt.
30. Altres.
31. Es desconeix: no es pot deduir el motiu concret de reclamació ni de la pericial ni de la documentació aportada.

Motius de reclamació 2 i 3. Altres motius diferents del principal i que també motiven la reclamació.

Es dedueixen de les dades contingudes en la pericial i documentació que s'adjunta.

Edat. Edat del pacient que consta en l'informe pericial o bé documentació aportada.

Sexe. El que consta en l'informe pericial o documentació adjunta.

1. Home
2. Dona

Nombre d'especialitats reclamades. Consta en la pericial la reclamació contra diferents professionals i es dedueix que corresponen a diferents especialitats.

Tipus d'especialitat.

1. Especialitat mèdica
2. Especialitat quirúrgica
3. Mèdica i quirúrgica
4. No hi ha especialitat: la reclamació va dirigida contra professionals no mèdics.

Especialitat. Es valoren les especialitats tenint en compte les establertes en el Reial decret (en endavant, RD) 183/2008 del 8 de febrer pel qual es determinen i classifiquen les especialitats en ciències de la salut i es desenvolupen determinats aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada així com altres reclamacions dirigides a professionals d'especialitats no contingudes en l'esmentat text legal.

1. Obstetrícia i ginecologia
2. Anestesiologia i reanimació
3. Cirurgia ortopèdica i traumatologia
4. Cirurgia general i de l'aparell digestiu
5. Oftalmologia
6. Estomatologia
7. Cirurgia plàstica, estètica i reparadora
8. Medicina estètica
9. Angiologia i cirurgia vascular

10. Geriatria
11. Medicina interna
12. Medicina familiar i comunitària
13. Cardiologia
14. Pediatria i les seves àrees específiques
15. Urologia
16. Hematologia i hemoteràpia
17. Otorinolaringologia
18. Dermatologia medicoquirúrgica i venereologia
19. Psiquiatria
20. Endocrinologia i nutrició
21. Neurologia
22. Medicina física i rehabilitació
23. Cirurgia toràcica
24. Cirurgia oral i maxil·lofacial
25. Neurocirurgia
26. Oncologia mèdica
27. Nefrologia
28. Microbiologia clínica
29. Neurofisiologia clínica

30. Al·lèrgologia
31. Anatomia Patològica
32. Medicina legal i forense
33. Medicina del treball
34. Medicina general, entenent-se que la reclamació va dirigida contra un metge sense especialitat.
35. Homeopatia
36. Pneumologia
37. Neurofisiologia clínica
38. Radiodiagnòstic
39. Medicina intensiva
40. Aparell Digestiu
41. Es desconeix: no consta en l'informe pericial l'especialitat en concret i no es pot deduir amb exactitud de la informació de què es disposa.
42. No hi ha especialitat atès que la reclamació no va dirigida al metge, sinó a altres professionals.

Tipus de centre reclamat. S'estableix el tipus de centre en funció de les dades contingudes en l'informe pericial o bé documentació adjunta, en la qual s'identifica el professional i centre sanitari reclamat.

1. Hospital públic: hospital que pertany a la xarxa pública.
2. Hospital privat: hospital que no pertany a la xarxa pública.
3. Clínica pública: clínica que pertany a la xarxa pública.

4. Clínica privada: clínica que no pertany a la xarxa pública.
5. Residència geriàtrica
6. Servei d'urgències i emergències de Barcelona ciutat
7. Ambulatori o centre d'assistència primària
8. Consulta privada: facultatiu que exerceix la seva activitat professional en la pròpia consulta privada, sense pertànyer a cap hospital ni clínica.
9. Centre d'estètica: no es tracta de cap hospital ni clínica, sinó d'un establiment on es realitzen activitats d'estètica.
10. Públic i privat: reclamació dirigida cap a un centre sanitari públic i un de privat.
11. Combinacions anteriors
12. Altres: altres centres diferents als anteriors
13. Es desconeix: no es pot deduir la variable ni de l'informe pericial ni de la documentació adjunta.
14. Mútua privada

Situació del malalt. Es defineix la variable com la relació que estableix el malalt respecte al centre i professional reclamats.

1. Malalt ingressat: el malalt reclama per un procés assistencial produït estant ingressat.
2. Malalt ectòpic: quan es produeix el motiu de la reclamació, el malalt es troba ingressat en una àrea hospitalària diferent de la que li correspondria.
3. Urgències: el malalt reclama per un procés assistencial produït en el servei d'urgències.

4. Consultes externes: el malalt reclama per un procés assistencial produït en consultes externes.
5. Múltiples ingressos: el malalt reclama per l'existència de múltiples processos assistencials amb ingressos hospitalaris múltiples amb evolució tòrpida.
6. Cirurgia ambulatoria
7. Complicació del pacient després de l'alta: apareix la complicació reclamada un cop el pacient ha estat donat d'alta.
8. Malalt que es troba en el domicili: encara no ha iniciat el procés assistencial.
9. Altres: situacions diferents de les anteriorment definides.
10. Es desconeix: no hi ha prou dades per definir quina és la situació del malalt respecte al centre i procés assistencial reclamats.

Nombre de centres assistencials reclamats. Es dedueix de les dades contingudes en l'informe pericial o bé de la documentació adjunta, si aquesta hi és.

Nombre de professionals reclamats. La variable es dedueix de les dades contingudes en l'informe pericial o bé de la documentació adjunta.

1. Un sol professional: quan així s'especifica en la pericial o bé en la documentació adjunta.
2. Equip assistencial: quan la reclamació va dirigida contra diversos facultatius que han intervingut durant el procés assistencial sense especificar-ne el nombre.
3. No es pot deduir de la informació continguda en la pericial.

Tipus de professional sanitari reclamat.

1. Personal mèdic

2. Personal d'Infermeria
3. Personal mèdic/Personal d'Infermeria
4. Altres
5. Combinacions dels anteriors
6. Es desconeix

Història clínica. Es valora aquesta dada únicament amb la informació continguda en l'informe pericial.

1. Incompleta: en l'informe pericial es reflecteix, de forma específica, que la història clínica es troba incompleta.
2. Completa: es valora aquesta variable quan, de forma específica, així es reflecteix en l'informe pericial.
3. No consta però suficient: no consta cap referència en l'informe pericial respecte a la història clínica, però es dedueix que els elements que hi conté són suficients per valorar la praxi mèdica.
4. Es desconeix: no hi ha cap element en la pericial mèdica que permeti valorar la història clínica.

Document de consentiment informat. La variable es valora tenint en compte que en la pericial hi constin de forma concreta referències al document.

1. Sí: és necessari que hi hagi document de consentiment i consta que hi és.
2. No: és necessari que hi hagi document de consentiment i consta que no hi és.
3. No cal: no és necessari que hi hagi document de consentiment, ateses les característiques del procés assistencial.

4. No consta: no hi ha cap referència en l'informe pericial sobre aquest document.

5. Incomplet: hi ha document de consentiment però està incomplet, segons consta en l'informe pericial emès.

Malalt amb seqüeles. Es valora la variable en funció de les dades contingudes en l'informe pericial o bé en la documentació que s'adjunta. Es valora l'existència o no de seqüeles segons el criteri del metge forense, no segons la denúncia.

Únicament es contemplen les seqüeles patides pel malalt.

1. Sí: consta en l'informe pericial l'existència de seqüeles.

2. No: no hi ha seqüeles.

3. No consta: no hi ha cap referència en la pericial sobre les seqüeles.

4. Es desconeix: el metge forense desconeix si el malat té o no seqüeles.

Diverses seqüeles combinades. Es valora la variable tenint en compte que, segons consta en l'informe pericial o bé en la documentació adjunta, el malalt està afectat de seqüeles i si afecten diferents aparells.

1. Sí: les seqüeles afecten diferents aparells.

2. No: hi ha seqüeles, però només afecten un sol aparell.

Tipus de seqüeles. Es classifiquen les seqüeles per aparells.

1. Neurològiques centrals

2. Neurològiques perifèriques

3. Estètiques: inclou cicatrius i dismòrfies corporals

4. Respiratòries

5. Cardiovasculars
6. Digestives
7. Musculoesquelètiques
8. Aparell genitourinari
9. Activitat sexual
10. Òrgans dels sentits: vista, oïda, gust, olfacte
11. Dolor i alteracions de la sensibilitat
12. No consta el tipus de seqüela
13. Infecciosa
14. Psiquiàtriques
15. Es desconeix

Malalt mort. S'extreu la variable de les dades contingudes de forma específica en l'informe pericial o bé en la documentació adjunta.

1. Sí: consta en l'informe pericial que el malalt és mort.
2. No: consta en l'informe pericial que el malalt és viu.
3. Es desconeix: no es pot deduir de la pericial que el malalt sigui viu o mort.

Autòpsia. La variable es valora únicament i exclusivament a partir de les dades que consten en l'informe pericial.

1. Sí clínica: en l'informe pericial consta l'existència d'una autòpsia i s'especifica que és clínica.
2. Sí judicial: en l'informe pericial consta l'existència d'una autòpsia i s'especifica que és judicial.

3. No autòpsia: en l'informe pericial consta que no s'ha fet autòpsia o bé, de forma indirecta, es dedueix del conjunt de dades de l'informe.

4. Es desconeix: no hi ha cap dada en l'informe pericial que permeti establir si s'ha fet o no autòpsia.

5. Autòpsia no especificada: hi ha autòpsia però es desconeix si és clínica o judicial.

Transcendència de l'autòpsia. Es valora en funció de les dades contingudes en l'informe pericial, tenint en compte si el resultat de l'autòpsia ha influït o no en la valoració de la praxi mèdica.

1. Relació de causalitat amb la mort: l'autòpsia estableix que hi ha relació de causa-efecte entre l'actuació facultativa i la mort.

2. No relació de causalitat i mort: els resultats de l'autòpsia estableixen que no hi ha relació de causalitat entre l'actuació facultativa i la mort.

3. Confirmació de mala praxi: l'autòpsia confirma l'existència de mala praxi.

4. No mala praxi: l'autòpsia estableix que no hi ha mala praxi.

5. No determinant: l'informe d'autòpsia no és conclouent en relació amb la valoració de la praxi mèdica.

Causa de mort. La causa de mort s'ha obtingut a partir de les dades contingudes en la pericial medicoforense.

En els casos en què consta que s'ha realitzat autòpsia judicial, s'ha localitzat l'informe d'autòpsia en el Servei de Patologia Forense i s'han obtingut dades relatives a la causa de mort i estudis realitzats.

Valoració de la praxi per part del metge forense. Es valora únicament a partir de les conclusions de l'informe pericial.

1. Sí és mala praxi.

2. No és mala praxi.

3. No es defineix.

Valoració de la praxi. La variable es valora tant a partir de les conclusions a què arriba el metge forense en la seva pericial com de les deduccions que poden realitzar-se a partir de la pericial.

1. Sí és mala praxi.

2. No és mala praxi.

3. No hi ha elements suficients per valorar la praxi: el metge forense no pot concloure quina ha estat l'actuació facultativa per manca d'elements suficients.

4. Indeterminat: no es pot deduir cap dada en relació amb la praxi de l'informe pericial.

5. Es desconeix: no es pot deduir cap conclusió concreta de l'informe pericial.

Origen de la mala praxi. Es valora en funció de les dades contingudes en l'informe pericial.

1. Mala praxi professional: la mala praxi deriva d'una actuació professional inadequada.

2. Falta de mitjans: la mala praxi deriva d'una falta de mitjans assistencials.

3. Falta d'organització: la mala praxi deriva d'un defecte de gestió.

4. Diversos elements combinats: la mala praxi deriva de més d'un element dels anteriorment descrits.

5. Mala praxi no concloent: hi ha mala praxi, però no se'n pot deduir l'origen.

6. No consta: no hi ha dades en l'informe pericial per establir l'origen de la mala praxi.

Coincidència valoració metge forense/pèrit privat. Es valora o bé a partir de de les dades que consten en la pericial del metge forense o bé a partir de la pericial de part que consta arxivada juntament amb la del metge forense.

1. Sí coincideix la valoració de la praxi.
2. No hi ha coincidència en la valoració.
3. No consta: no hi ha prou dades.
4. Sí i no: hi ha diverses pericials de part i la del metge forense té coincidència amb algunes però no amb d'altres.

4.1.2.2. Variables obtingudes a partir del programa informàtic judicial

Les variables obtingudes i analitzades han estat les següents:

Situació judicial de l'expedient.

1. Arxiu
2. Judici de faltes
3. Es troba el procediment en el jutjat penal.
4. Judici civil
5. Procediment contenciós administratiu
6. Sala penal Audiència
7. En tramitació: actual
8. Hi ha recurs
9. Sobreseïment provisional per falta de delictes
10. Sobreseïment provisional per falta d'autor

11. Es desconeix: introduïdes les dades, no se'n pot deduir cap resultat.

Judici oral. En la circumstància en què consti que hi ha hagut judici oral, es valora a quina jurisdicció s'ha realitzat.

1. Judici faltes
2. Judici penal
3. Judici oral al civil
4. Judici oral no especificat
5. Renúncia per indemnització companyia
6. Pendent judici

Sentència. Des del programa TEMIS-2 no es pot accedir al contingut de la sentència, per tant, aquesta variable s'obté a partir de les anotacions que consten en el mateix programa TEMIS-2.

1. Absolutòria
2. Condemna
3. Es desconeix
4. Es desconeix si hi ha sentència
5. Sentència de conformitat

Declaració inculpat. Variable obtinguda a partir de les anotacions que consten en el programa informàtic i durant la tramitació de l'expedient.

1. Sí
2. No
3. No consta

Data de la sentència. Segons anotacions que consten en el programa informàtic.

4.1.2.3. Variables obtingudes a partir de les sentències judicials

Data de la sentència. La que consta en la mateixa sentència.

Nombre d'acusats. Segons consta en la sentència.

Qualificació del ministeri fiscal. Es valora de la forma següent:

1. Acusa
2. No acusa
3. Retira l'acusació
4. No consta

Fets provats.

1. Defecte d'atenció
2. Lesions i mala tècnica
3. Falta de diligència
4. Renúncia de les parts
5. Error diagnòstic
6. Intrusisme
7. Falsedat documental

Valoració judicial de la pericial feta pel metge forense. És la valoració que fa el magistrat en la sentència.

1. La valora de forma positiva: té en compte la condició d'imparcialitat i objectivitat, així com l'adequada exposició en l'acte de judici oral.
2. No en fa cap valoració, ni positiva ni negativa.
3. La valora de forma negativa.
4. La valora de forma positiva però no la té en compte, és a dir, el resultat de la sentència no es troba en consonància amb el criteri del metge forense durant l'acte de judici oral.
5. No consta que hi hagi pericial del metge forense.

Valoració judicial de la pericial privada. És la valoració que fa el magistrat de la pericial privada i consta en la sentència.

1. La valora de forma positiva.
2. No la valora.
3. La valora de forma negativa, entenent que es tracta d'una pericial de part i, per tant, qüestionada.
4. No consta que hi hagi pericial privada.

Valoració judicial de la pericial d'un especialista no metge forense però tampoc pèrit privat (insaculat).

1. Valora de forma positiva la condició d'especialista.
2. No fa referència a la condició d'especialitat.
3. Ho valora de forma negativa.

Valoració judicial de la història clínica. Es valora si en la sentència es reflecteix la història clínica com a element de prova documental i si aquesta és rellevant.

1. Suficient

2. Insuficient

3. No en fa referència

Valoració judicial de l'autòpsia. Es valora si en la sentència es fa referència a la rellevància de l'autòpsia i els seus resultats per determinar la possible mala praxi.

1. És rellevant

2: No és rellevant

3: No en fa referència

Resolució. Resultat de la sentència

1. Multa

2. Inhabilitació

3. Presó

4. Absolució

Costes.

1. D'ofici

2. A càrrec de les parts

Situació de la sentència.

1. Ferma

2. Pot interposar-se recurs.

Article penal de condemna. Article del Codi Penal a partir del qual s'estableix la condemna.

Responsabilitat civil derivada. Quantia econòmica indemnitzatòria.

4.2. Anàlisi estadística de les variables

4.2.1. Tipus d'anàlisis

4.2.1.1. Anàlisi descriptiva univariant

S'ha realitzat per a cadascuna de les variables d'interès de la base de dades. Per a les variables quantitatives s'han calculat els estadístics descriptius: mitjana, mediana, desviació estàndard, mínim i màxim. L'anàlisi s'ha completat amb gràfics de caixes. Per a les variables qualitatives s'han calculat taules de freqüències absolutes i relatives, i s'ha completat l'anàlisi amb gràfic de barres.

4.2.1.2. Anàlisi bivariant

S'ha utilitzat per analitzar l'associació entre algunes variables, tant quantitatives com qualitatives.

Per analitzar la relació entre dues variables qualitatives, s'han realitzat taules de contingències entre les variables amb els corresponents gràfics de barres. Per determinar si l'associació és estadísticament significativa, s'ha fet la prova khi quadrat o bé la raó de versemblança, segons convenia.

Quan en les anàlisis intervé la variable quantitativa «edat», s'ha utilitzat la prova no paramètrica de Kruskal-Wallis en el cas que la covariable tingui més de dues categories, i la prova no paramètrica de Wilcoxon en el cas que la covariable tingui dues categories (eg Wasserman, 2006).

Les anàlisis bivariants que s'han realitzat són:

1. **Longitudinal.** S'analitza l'evolució i comportament de les variables més rellevants al llarg del període analitzat, entenent-se que el rang del temps és 2004-2009.
2. **Malalt amb seqüeles.** S'analitza l'associació d'aquesta característica respecte a les variables més rellevants.

3. **Malalt mort.** S'analitza la relació d'aquesta característica respecte a les variables més rellevants.

4. **Motiu de reclamació.** S'analitza l'associació d'aquesta característica respecte a les variables més rellevants.

5. **Anàlisi bivariant de les sentències.** A la mostra de les 29 sentències es realitzen diferents creuaments entre variables que són d'interès.

4.2.1.3. Anàlisi de supervivència

L'objectiu de l'anàlisi de supervivència és analitzar el temps fins a l'ocurrència d'un esdeveniment ben definit (eg Klein & Moeschberger, 2003).

Com hem vist en l'apartat de definició de variables, a la base de dades consten les variables corresponents a la data dels fets, la data de l'emissió de l'informe i la data de la sentència. A partir d'aquestes variables s'ha calculat el temps fins a l'emissió de l'informe i el temps fins a la sentència, de manera que:

Temps fins a emissió de l'informe = data d'emissió de l'informe – data dels fets

Temps fins a la sentència = data de la sentència – data dels fets

El temps fins a l'emissió de l'informe només s'ha calculat per als casos en què la via d'inici ha estat penal (penal querella, penal denúncia i penal indeterminada), el que implica que només s'analitzaran 256 casos dels 283 de la mostra total; en aquest cas l'esdeveniment d'interès és l'emissió de l'informe. Per altra banda, el temps fins a la sentència només s'ha calculat per als 29 casos en què tenim informació sobre les característiques de la sentència i l'esdeveniment d'interès és la mateixa sentència.

El temps fins a l'emissió de l'informe s'analitza respecte a algunes variables, i els resultats que es presenten són:

- Mediana del temps (en dies) amb el seu interval de confiança del 95% (IC).

- Corbes de Kaplan-Meier: és l'estimació no paramètrica de la funció de supervivència. Les corbes de supervivència sempre comencen en 1 i van baixant fins a 0. Sempre comencen en 1 perquè indiquen que, a l'inici, tothom està en risc de patir l'esdeveniment (en el nostre cas, a l'inici encara no s'ha emès cap informe). La corba va baixant i el que ens indica és quants casos van quedant en cada instant de temps per als quals encara no s'ha emès l'informe.
- Prova de log-rang: per determinar si hi ha diferències estadísticament significatives entre les corbes de supervivència dels diferents grups.

5. RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Descripció general de la mostra

La grandària d'aquest estudi ha estat de 283 informes pericials distribuïts longitudinalment: 62 casos durant l'any 2004, 55 el 2005, 49 el 2006, 51 el 2007 i 2008 i 15 el 2009 (taula 2).

Taula 2. Nombre de pericials de l'arxiu del Servei de Clínica Medicoforense distribuïdes per anys.

ARXIU	N	%
2004	62	21.91
2005	55	19.43
2006	49	17.31
2007	51	18.02
2008	51	18.02
2009	15	5.30
Total	283	100.00

5.2. Resultats de les variables principals estudiades

5.2.1. Anàlisi de les variables obtingudes a partir de la pericial del metge forense

Data dels fets. Segons consta en l'informe pericial, la data dels fets comprèn des del 14 de juny de 1981 fins a l'11 de novembre de 2008. Dels 283 casos de què consta la mostra, n'hi ha un amb data dels fets desconeguda atès que no consta en l'informe pericial (figura 8).

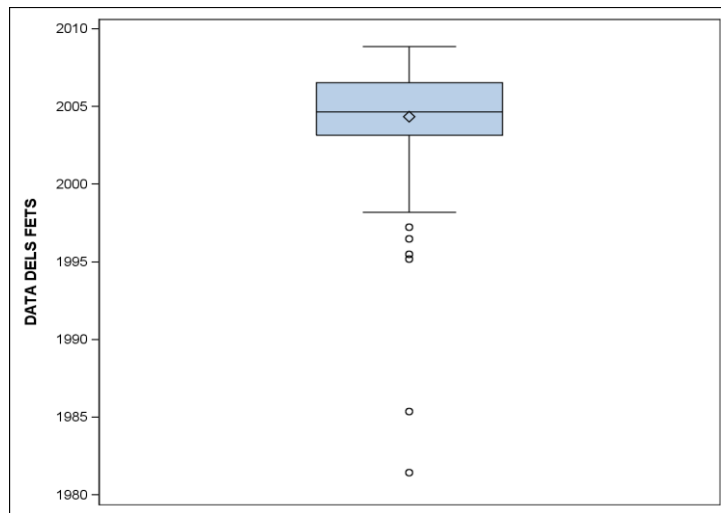


Figura 8. Distribució de la mostra segons la data dels fets.

Data d'emissió de l'informe del metge forense. Tots els informes es van emetre entre el 2 de gener de 2004 i el 23 de desembre de 2009.

Documentació adjunta. Respecte a la documentació que s'adjunta, a més de l'informe pericial, cal dir que, en 162 casos (57.24%), l'informe no va acompanyat de cap tipus de documentació. Per tant, la base de dades s'extreu exclusivament a partir de les dades contingudes en l'informe pericial emès pel metge forense.

En 80 casos consta l'escrit de denúncia (28.27%); en 35 (12.37%), a més de l'informe pericial, consta la història clínica del pacient, i en 20 (7.07%) s'aporta la querella. La resta, 6 casos (2.12%), correspon a escrits del fiscal i en 5 casos s'acompanyen declaracions (1.77%). Recurs del jutjat contenciós i pericial privada, 4 casos cada un (1.41%, respectivament), i escrit de demanda en 1 cas (0.35%). (Figura 9).

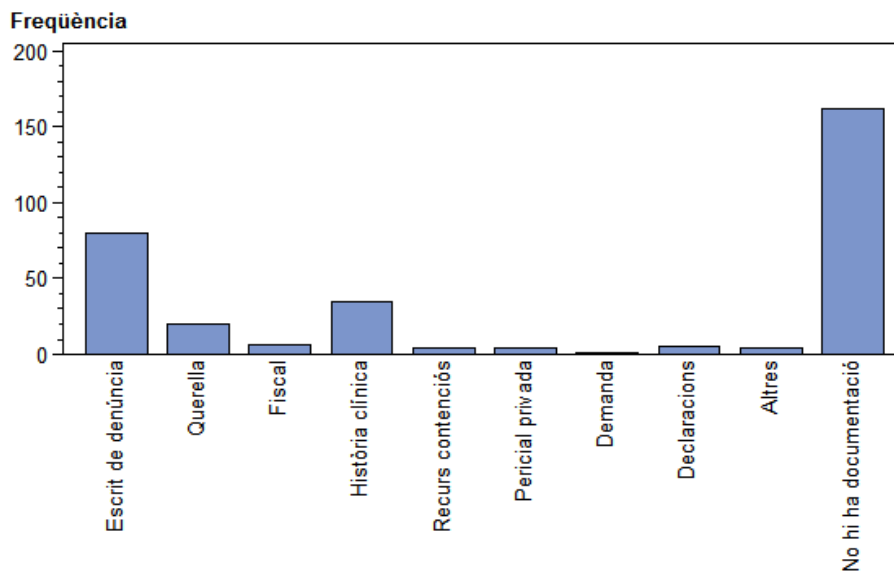


Figura 9. Distribució de la documentació que s'adjunta amb la pericial forense.

Tipus de diligències. En 239 casos del total de què consta la mostra (283), les diligències obertes en procediments de mala praxi corresponen a diligències prèvies, el que suposa un 84.45% dels casos (figura 10).

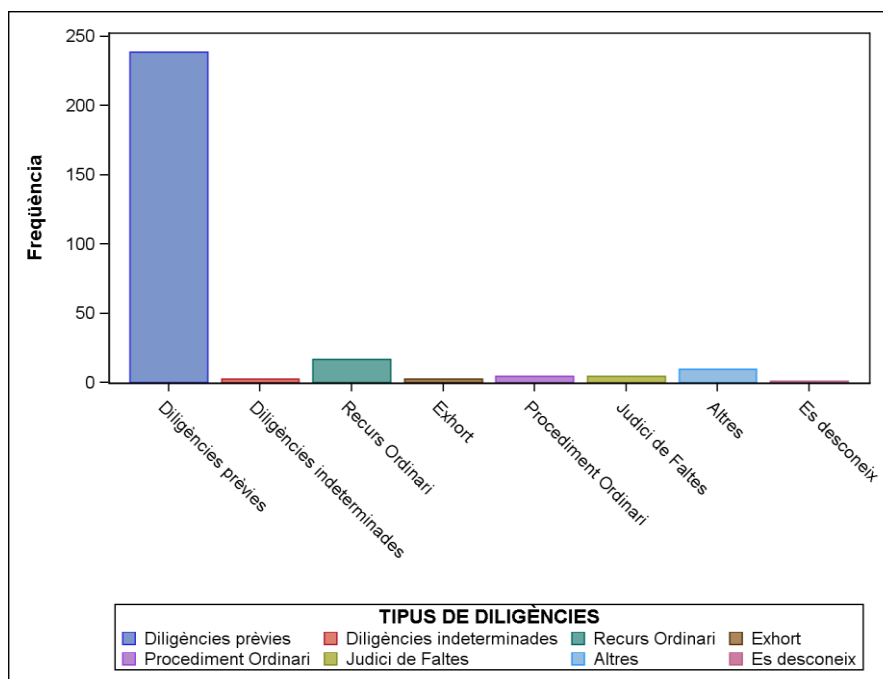


Figura 10. Tipus de diligències judicials

Tipus de jutjat. En 252 casos (89.05%), l'informe del metge forense s'emet a petició del jutjat d'instrucció. En 17 (6.01%) va adreçat al Tribunal Superior de Justícia de Catalunya (jurisdicció Contenciosa Administrativa). En 8 casos (2.83%) és fiscalia qui sol·licita la pericial mèdica. Només en 4 casos (1.41%) es realitza la pericial a sol·licitud dels jutjats de primera instància. En 1 cas (0.35%) la sol·licitud de valoració pericial és a petició de la Sala Civil de l'Audiència Provincial i, finalment, 1 cas (0.35%) correspon a un jutjat contenciós administratiu (figura 11).

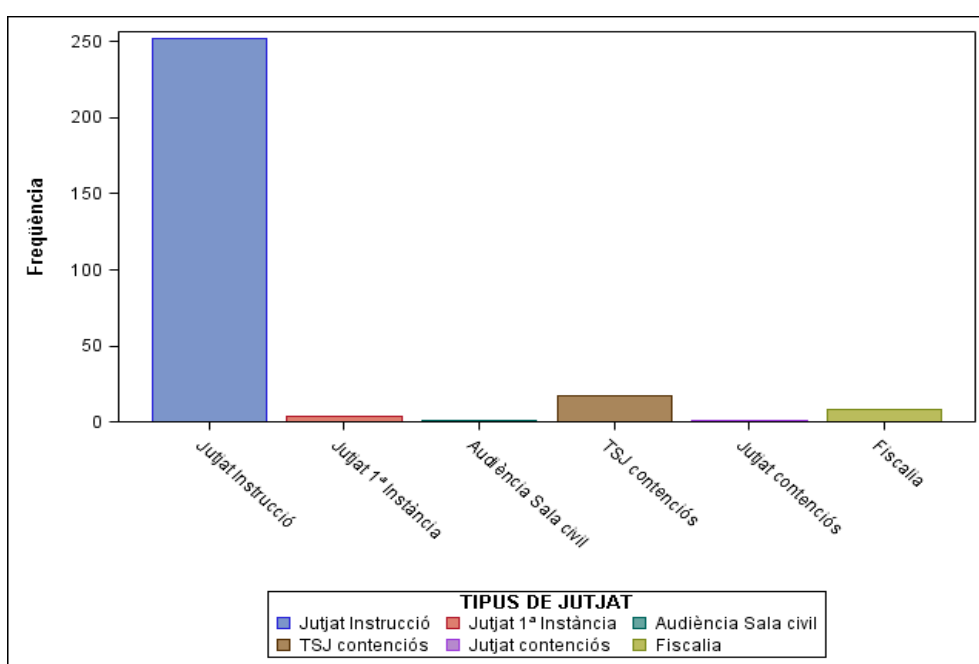


Figura 11. Distribució dels tipus de jutjats que sol·liciten una pericial en matèria de responsabilitat professional.

Via d'inici de la reclamació. En 256 casos (90.45%) la via d'inici de la reclamació és la via penal, i es distribueixen de la forma següent: en 129 (45.58%) el procediment per mala praxi s'inicia a través d'una denúncia; en 75 (26.50%) s'inicia el procediment per la via penal, però se'n desconeix el tipus; en 52 (18.37%) la via d'inici és a través de la interposició d'una querella.

La resta correspon a processos contenciosos administratius —18 (6.36%)—; processos civils —5 (1.77%)—; altres vies —3 (1.06 %)—, i en 1 cas (0.35%) es desconeix (figura 12).

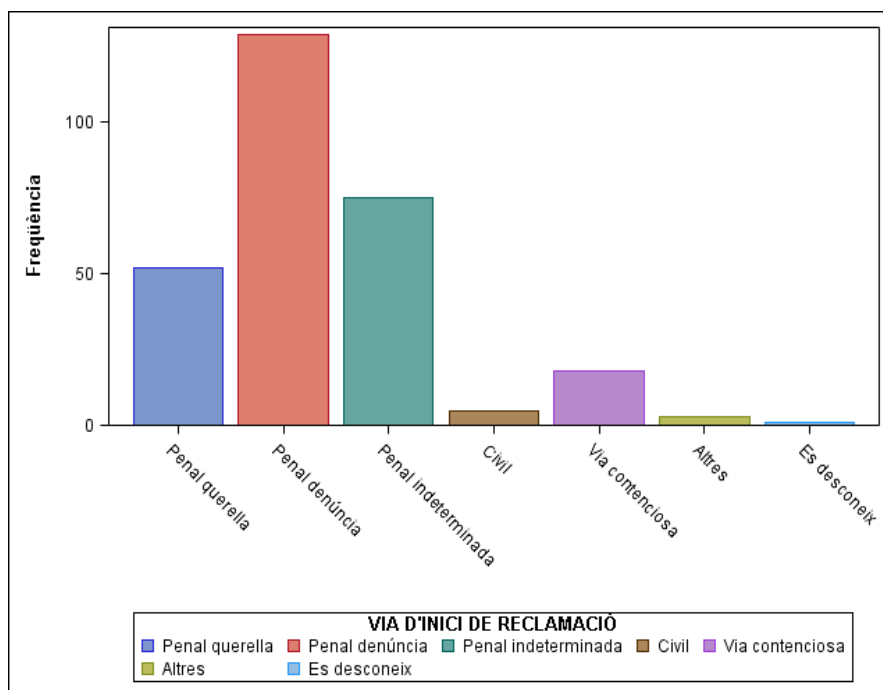


Figura 12. Distribució de les vies d'inici d'una reclamació per presumpta mala praxi.

Nombre de metges forenses que signen el dictamen pericial. En el 72.08% dels casos (n=204) el dictamen pericial emès es troba signat per un sol metge forense, mentre que en la resta de casos (27.92%) són dos, (n=79). (Taula 3).

Taula 3. Nombre de metges forenses que signen cada pericial.

Nre. de metges forenses que signen	N	%
1 Metge forense	204	72.08
2 Metges forenses	79	27.92
Total	283	100.00

Suport especialitzat. Pel que fa a si el metge forense, a l'hora d'emetre un informe pericial sobre una mala praxi, sol·licita suport especialitzat, es pot observar que en 209 casos (73.25%) la pericial és realitzada sense suport especialitzat, mentre que en 74 (26.15%) el dictamen és emès conjuntament amb un metge especialista.

D'aquests 74 casos, en 63 (22.26%) l'especialista és un metge forense, mentre que en 11 casos (3.89%) s'ha sol·licitat el suport d'un especialista clínic de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (figura 13).

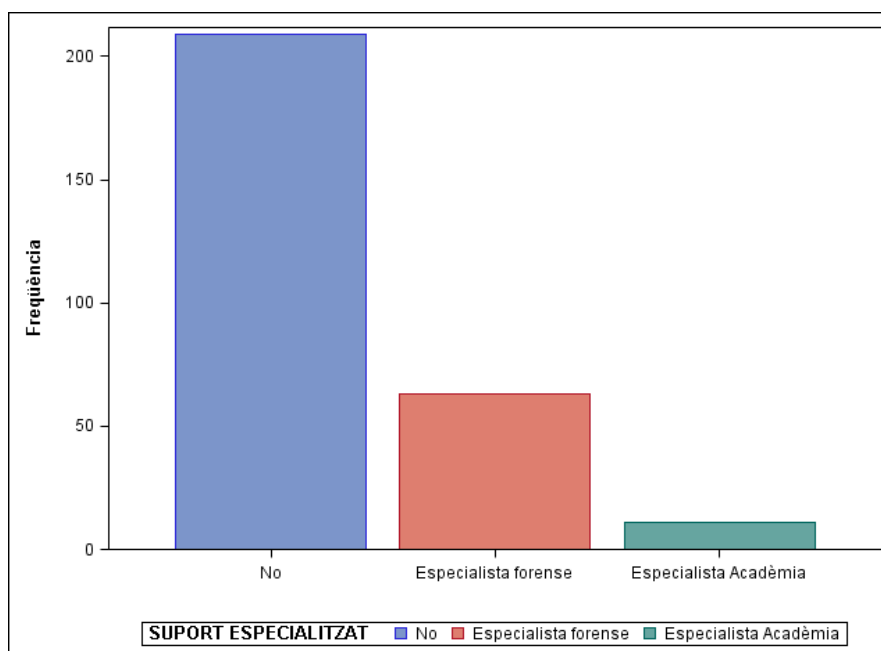


Figura 13. Pericial realitzada amb o sense suport especialitzat.

Nombre de motius de reclamació. Aquest recompte va d'1 fins a un màxim de 3 (taula 4).

Taula 4. Nombre de motius de reclamació

Nre. motius de reclamació	Nre.	%
1	169	59.72
2	103	36.40
3	11	3.89
Total	283	100.00

Motiu de reclamació. Per a aquesta variable, s'ha considerat realitzar una primera valoració de les categories, agrupant per una banda tots aquells motius de reclamació que tenien una freqüència igual o superior a 10 casos, entenent que aquests eren els més freqüents. La resta, és a dir, totes aquelles circumstàncies que han motivat una reclamació però la freqüència de les quals és inferior a 10, s'han agrupat a part.

Així doncs, els motius de reclamació més freqüents (igual o superior a 10 casos) són:

Mal resultat terapèutic: 93 casos (32.86%)

Mala tècnica quirúrgica: 54 casos (19.08%)

Complicacions evolutives: 37 casos (13.7%)

Error diagnòstic: 33 casos (11.66%)

Control evolutiu deficient: 25 casos (8.83%)

Retard assistencial: 25 casos (8.83%)

Terapèutica inadequada: 24 casos (8.48%)

Retard diagnòstic: 18 casos (6.36%)

Infeccions: 17 casos (6.01%)

Complicacions quirúrgiques: 13 casos (4.59%)

Complicacions anestèsiques i retard de trasllat a centre assistencial: 10 casos cada un (3.53%).

Es pot afirmar, per tant, que el motiu més habitual de reclamació és el mal resultat terapèutic (32.86%), seguit de la mala tècnica quirúrgica (19.08%). En tercer lloc hi trobem les complicacions evolutives (13.7%) i, darrere, l'error diagnòstic (11.66%).

Si agrupem les complicacions evolutives, les complicacions quirúrgiques i el control evolutiu deficient, tenint en compte que totes suposen un dèficit de control evolutiu, el percentatge obtingut correspon al 27.12%, el qual és molt rellevant.

Altres motius de reclamació menys freqüents (< a 10 casos) són:

Oblit de cossos estranys dins l'organisme: 9 casos (3.18%)

Defecte d'informació o de consentiment: 6 casos (2.12%)

Falta d'indicació de proves complementàries, alta precipitada i falta de mesures de seguretat: 5 casos cada un (1.77%)

Error de prescripció terapèutica i efectes indesitjables de la medicació: 4 casos cada un (1.41%)

Exploració clínica incorrecta: 3 casos (1.06%)

Error d'extremitat intervinguda, vigilància d'infermeria incorrecta, aplicació de procediment innecessari i denegació del deure de socors: 2 casos cada un (0.71%)

Manca de titulació: 1 cas (0.35%)

No hi ha cap cas en què el motiu de la reclamació sigui: anamnesi inadequada, preoperatori incorrecte, vulneració de secret de professional (figura 14).

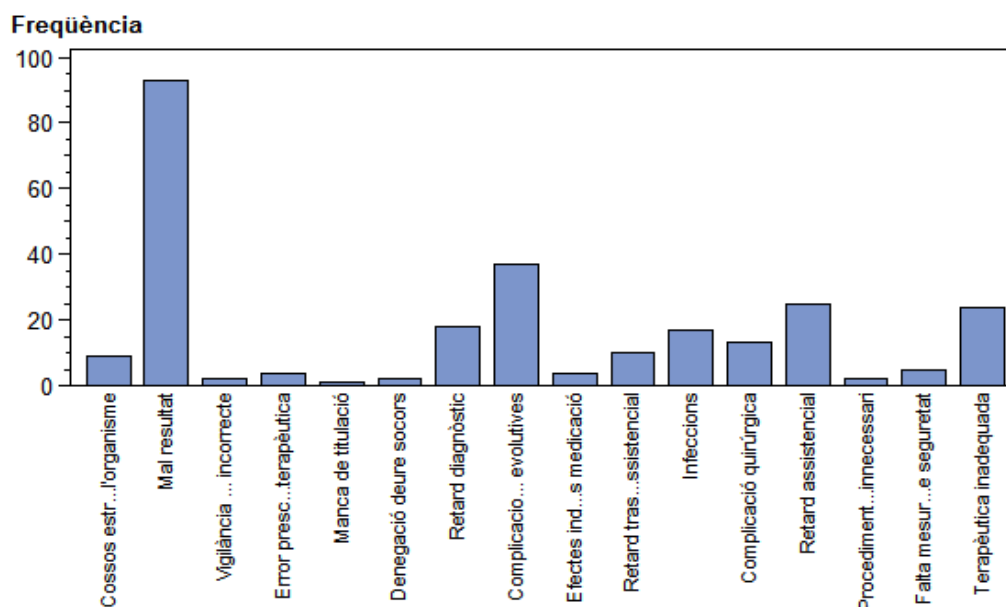


Figura 14. Relació dels motius de reclamació més freqüents.

Edat. L'edat dels perjudicats per procediments de presumpta mala praxi té un mínim de 0 anys (corresponent a un fetus) i un màxim de 90 anys. La mitjana d'edat és de 48.38 anys. En 86 dels 283 casos totals, es desconeix l'edat atès que no consta en l'informe pericial (taula 5 i figura 15).

Taula 5. Mitjana d'edat en anys dels reclamants.

	N	Mitjana	Mediana	Desviació		No consta
				Estàndard	Mínim Màxim	
EDAT	197	48.38	48.00	19.39	0.00 90.00	86

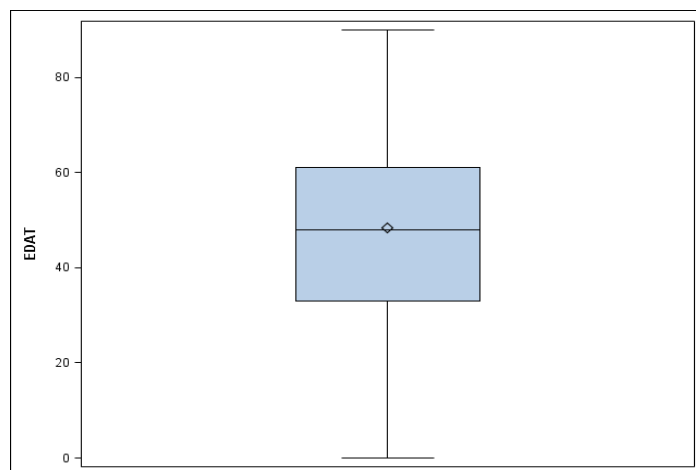


Figura 15. Mitjana d'edat en anys dels reclamants.

Sexe. Respecte a la distribució per sexes, dels 283 casos, en 177 (62.77%) la perjudicada és una dona, mentre que a la resta, és a dir, 105 (37.23%), el perjudicat és un home. Hi ha un cas que no s'ha comptabilitzat atès que és un recurs contenciós administratiu promogut per un total de set pacients perjudicats (figura 16).

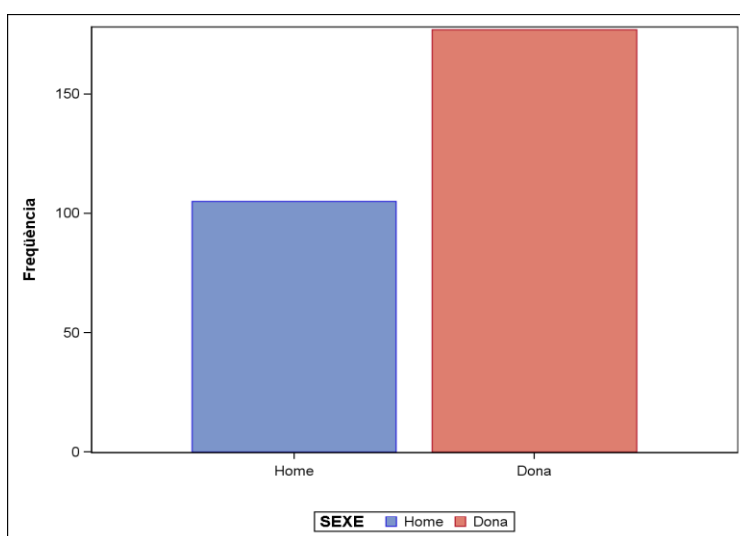


Figura 16. Distribució per sexes dels reclamants.

Edat i sexe. La mitjana de l'edat en els homes és 51.922 anys i la mediana de 53. L'edat mínima i màxima corresponen a 0 i 88 anys, respectivament.

La mitjana de l'edat en les dones és 46.669 anys i la mediana de 44. L'edat mínima i máxima corresponen a 1 i 90 anys, respectivament (figura 17).

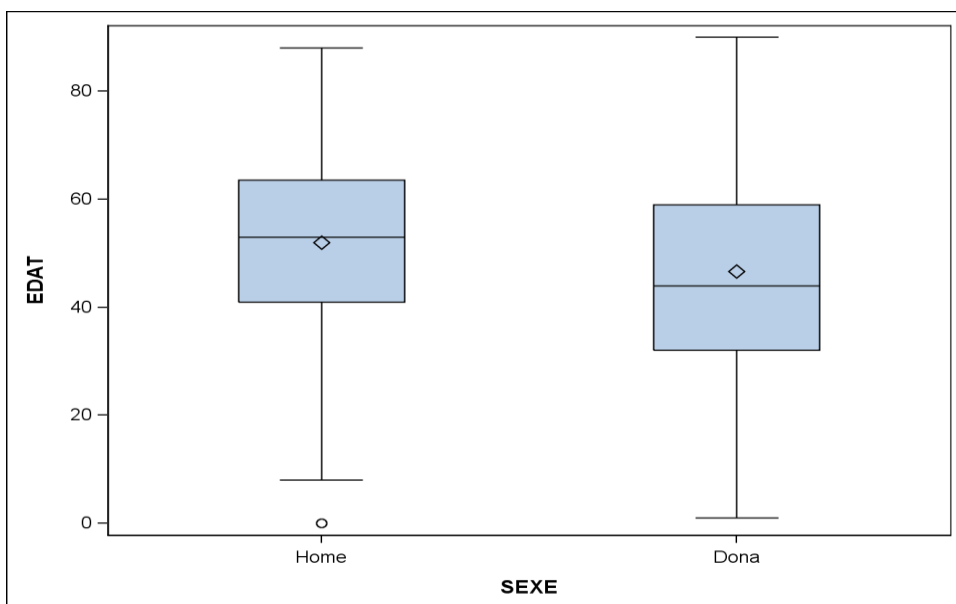


Figura 17. Distribució de l'edat i sexes dels reclamants per presumpta mala praxi.

Tipus d'especialitat mèdica reclamada. En 189 casos, s'observa que l'especialitat reclamada és una especialitat quirúrgica (66.78%). Del total de la mostra, 85 casos corresponen a una especialitat mèdica (30.04%), mentre que en l'1.41% dels casos, no hi ha especialitat. En aquesta variable, són 4 les que corresponen a reclamacions contra professionals no mèdics (infermeria o bé aliens a la professió sanitària). Per altra banda, hi ha 5 casos (1.77%) en què l'especialitat reclamada és mèdica i també quirúrgica (figura 18).

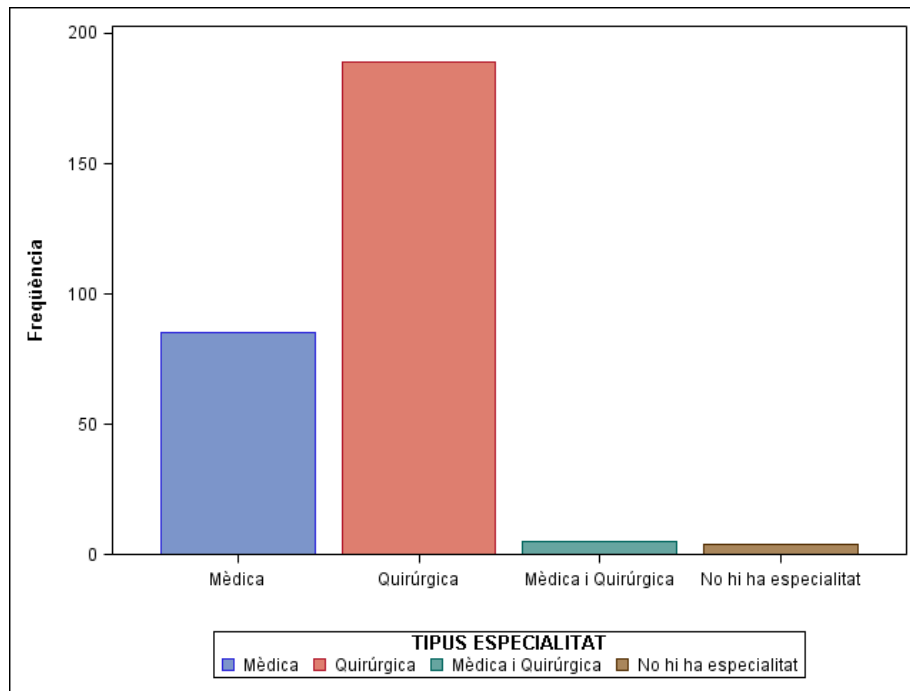


Figura 18. Distribució de les reclamacions en funció de l'especialitat mèdica i/o quirúrgica.

Especialitat. Per agrupar les categories d'aquesta variable, s'ha fet una primera valoració de les especialitats que tinguin una freqüència de reclamació igual o superior a 10 casos i, després, una anàlisi detallada de les especialitats amb menor freqüència.

Així doncs, tenim que les especialitats més reclamades (freqüència \geq a 10 casos) són (figura 19):

Cirurgia ortopèdica i traumatologia (COT): 43 casos (15.19%)

Ginecologia i obstetrícia: 35 casos (12.37%).

Cirurgia general: 27 casos (9.54%)

Oftalmologia: 23 casos (8.13%)

Estomatologia: 19 casos (6.71%)

Medicina general: 17 casos (6.01%)

Medicina interna: 13 casos (4.59%)

Medicina estètica: 12 casos (4.24%)

Geriatría: 12 casos (4.24%)

Anestesiologia: 10 casos (3.53%)

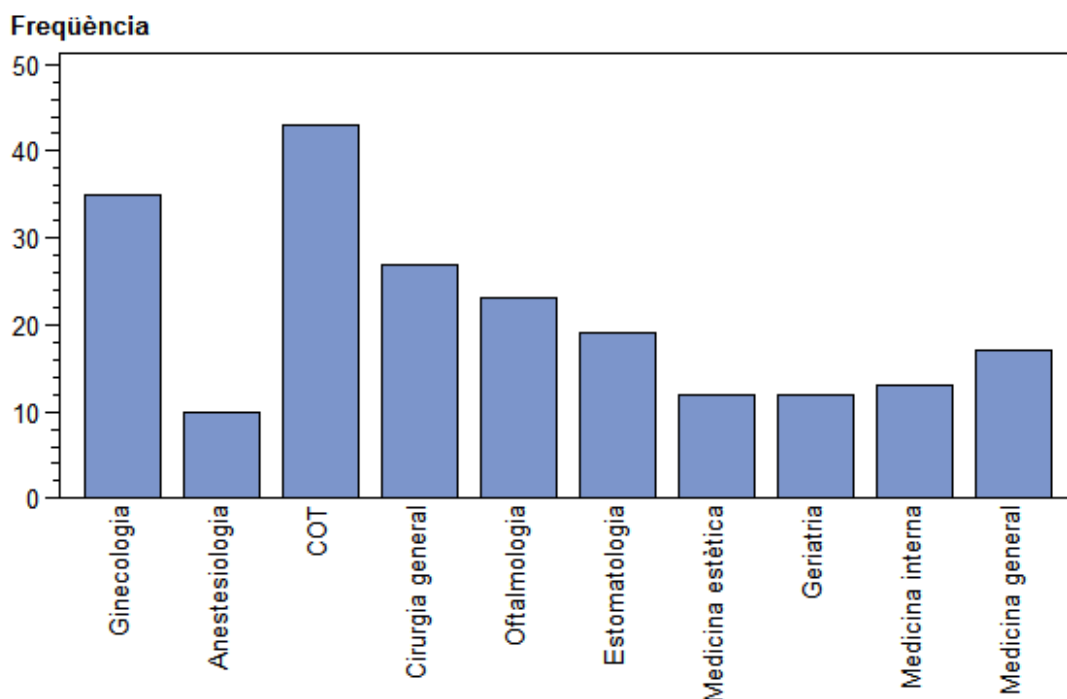


Figura 19. Distribució de les reclamacions en funció de l'especialitat,.

Altres especialitats que han estat reclamades en menys de 10 casos:

Cirurgia plàstica i reparadora: 9 casos (3.18%)

Cirurgia vascular i urologia: 8 casos (2.83%)

Neurocirurgia: 7 casos (2.47%)

Medicina de família, hematologia, otorinolaringologia (ORL): 6 casos (2.12%)

Dermatologia: 4 casos (1.41%)

Cirurgia toràcica, pneumologia i radiologia: 3 casos (1.06%)

Cardiologia, psiquiatria i neurologia: 2 casos (0.71%)

Pediatria, rehabilitació, neurofisiologia clínica, medicina del treball, medicina intensiva, aparell digestiu: 1 cas cada una (0.35%) (figura 20).

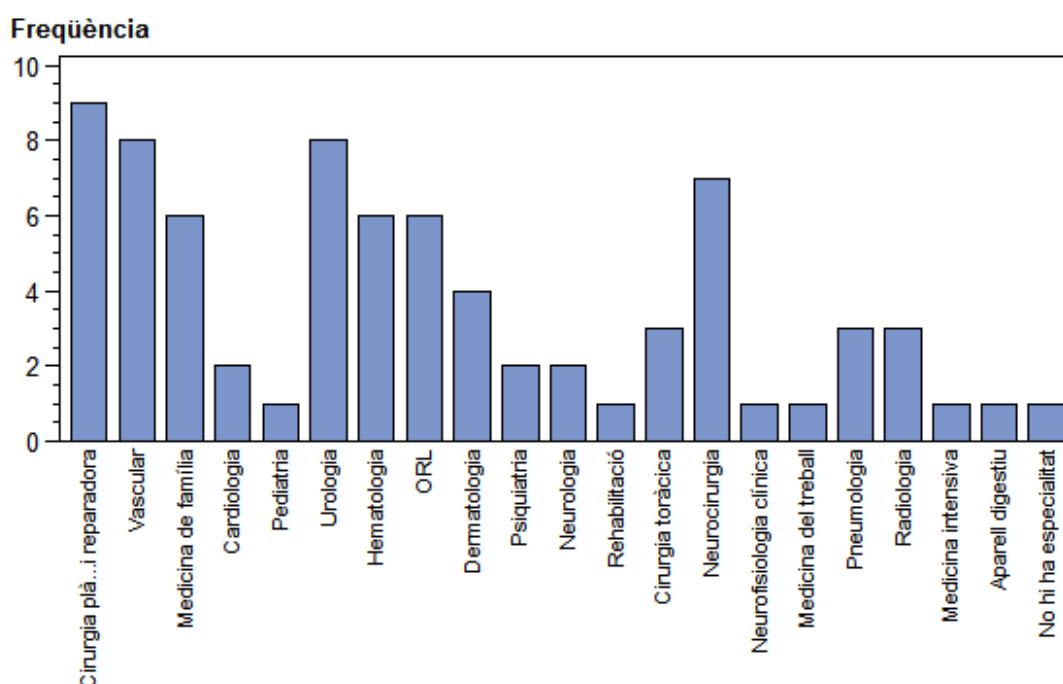


Figura 20. Especialitats amb menys de 10 casos de reclamació.

Les especialitats d'endocrinologia, oncologia, nefrologia, microbiologia clínica, al·lèrgologia, anatomia patològica, medicina legal i forense i, també, homeopatia, no tenen cap reclamació.

Tipus de centre. Es pot observar que en 114 casos, que representen el 40.28% de les reclamacions interposades per presumpta mala praxi, es troben dirigides contra centres assistencials de caràcter privat, siguin hospitals o bé clíniques.

En 81 casos (28.62%) el centre sanitari correspon a un hospital o bé clínica adscrit a la xarxa pública.

En 11 casos (3.89%) els centres reclamats són o bé ambulatoris (centres d'assistència primària) o bé el Servei d'Emergències Mèdiques.

En 9 casos (3.18%) la reclamació es produeix contra una mútua.

En 8 casos (2.83%) la reclamació va dirigida contra un centre geriàtric o bé una consulta privada.

En 4 casos (1.41%) la reclamació va dirigida contra un centre d'estètica. (figura 21).

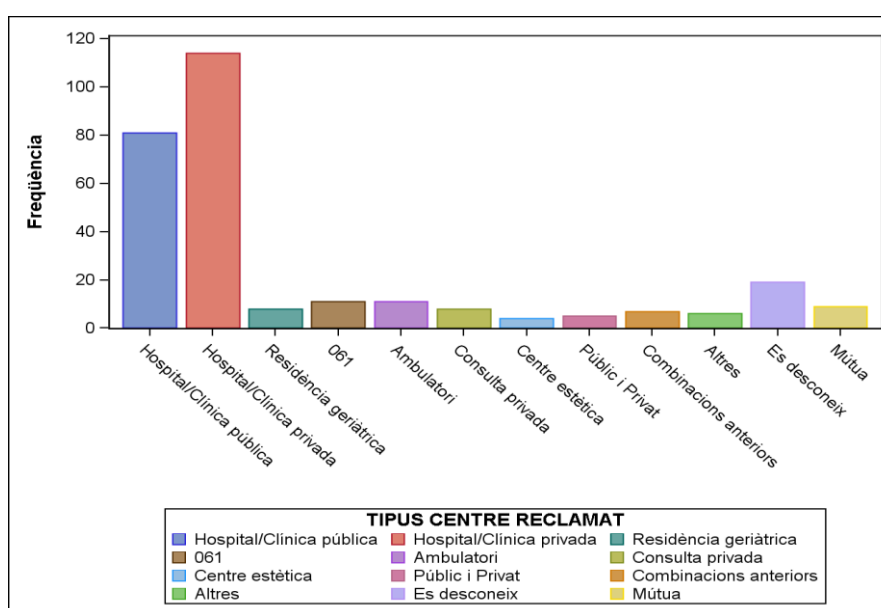


Figura 21. Tipus de centres mèdics més reclamats.

Situació del malalt. Pel que fa a la situació del malalt, en el moment en què es produeixen els fets que motiven la reclamació s'observa que en 107 casos (37.81%) el malalt es troba ingressat en el centre assistencial.

En 54 (19.08%) la reclamació es produeix per complicacions produïdes després de l'alta hospitalària.

També en 54 casos (19.08%) la reclamació es produeix durant el seguiment del pacient a consultes externes.

En 29 casos (10.25%) el malalt es troba en el servei d'urgències quan es produeix la complicació del motiu de la reclamació.

En 18 casos (6.36%) el pacient es troba en el propi domicili.

En 9 casos (3.18%) el pacient pateix una evolució tòrpida de la seva patologia i presenta múltiples ingressos hospitalaris.

En 8 casos (2.83%) el procediment i la complicació es produeixen de forma secundària a un procés de cirurgia ambulatoria.

Tres casos corresponen a altres circumstàncies (1.06%) i, en 1 cas, es desconeix (0.35%) (figura 22).

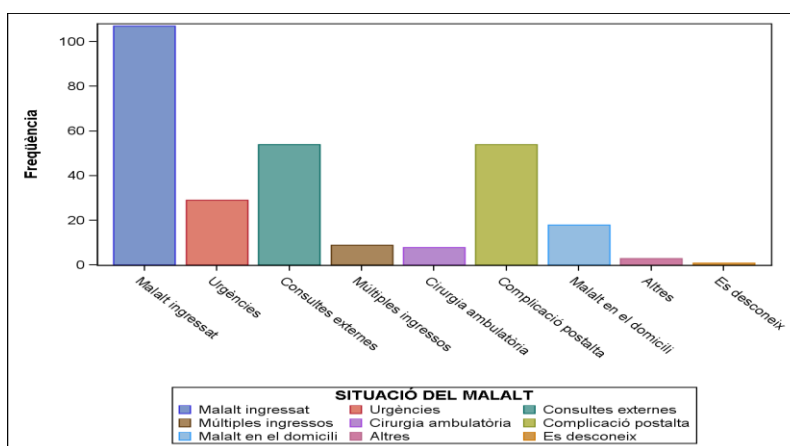


Figura 22. Situació del malalt en el moment de produir-se els fets que motiven la reclamació.

Nombre de centres reclamats. El barem va entre 1 i 3 (taula 6)

Taula 6. Relació del nombre de centres reclamats.

Nre. centres reclamats	Nre. centres	
	N	%
1	274	96.82
2	7	2.47
3	2	0.71
Total	283	100.00

Nombre de professionals reclamats. En 126 casos (44.52%) la reclamació va dirigida contra un sol professional. En 65 casos (22.97%) va dirigida contra l'equip assistencial i en 92 casos no consta (32.51%) (figura 23).

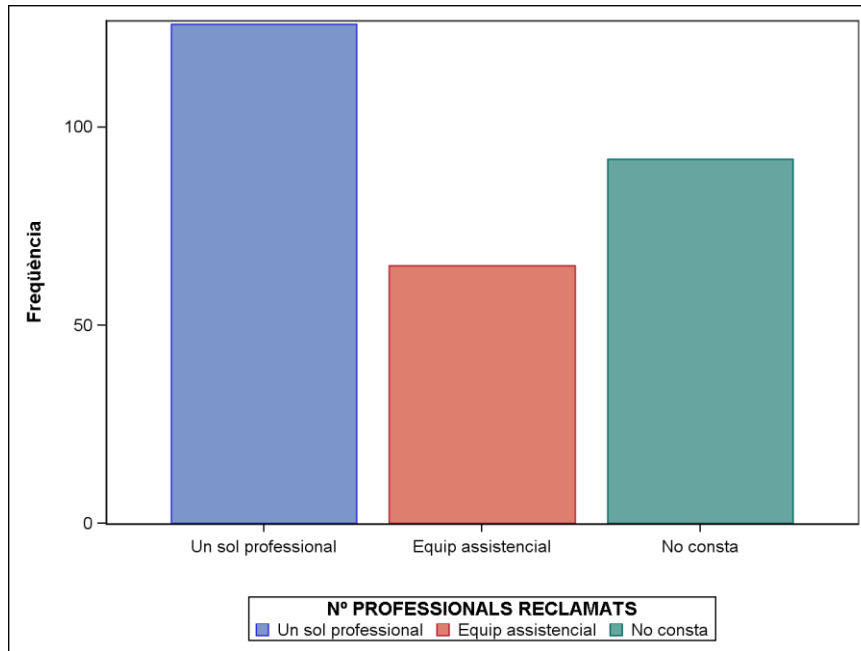


Figura 23. Nombre de professionals contra qui es dirigeix una reclamació.

Tipus de professional sanitari reclamat. En 250 dels 283 casos que integren la mostra (88.34%) la reclamació va dirigida contra un professional mèdic, mentre que en 5 casos (1.77%) el professional denunciat correspon a l'estament d'infermeria. En 12 casos (4.24%) la reclamació va dirigida tant al professional mèdic com al d'infermeria. En 6 casos (2.12%) la reclamació va dirigida contra personal d'administració. En 5 casos es produeix una combinació dels anteriors (1.77%). En 5 casos es desconeix (1.77%) (figura 24).

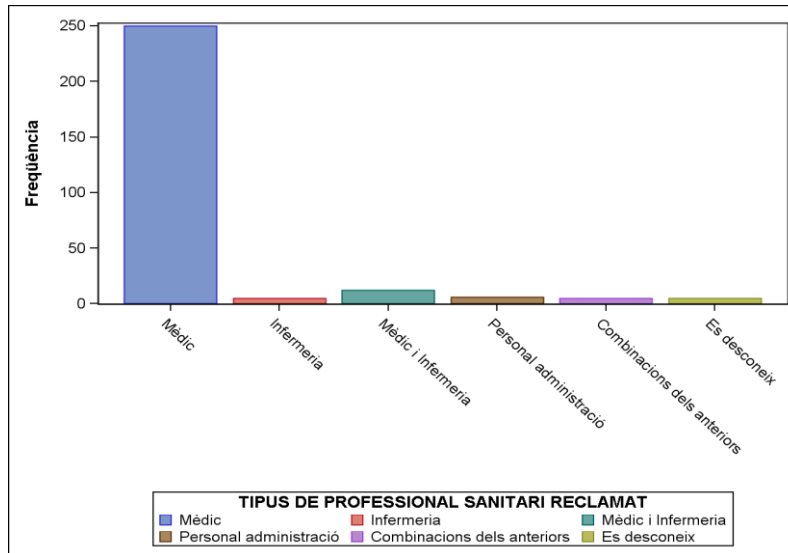


Figura 24. Distribució de les reclamacions en funció del professional afectat.

Valoració medicolegal de la història clínica. En 230 casos (81.27%) la pericial medicoforense no fa cap referència a la història clínica respecte a si es troba completa o incompleta, però de la lectura de l'informe mèdic es dedueix que ha estat l'element bàsic sobre el qual s'ha fonamentat l'informe pericial.

En 30 casos (10.60%) l'informe mèdic especifica que la història clínica es troba completa.

En 17 casos (6.01%), d'una forma explícita, es fa constar que està incompleta, mentre que en 6 casos (2.12%) no se'n pot deduir cap dada (taula 7).

Taula 7. Valoració medicolegal de la història clínica en la pericial forense.

	N	%
Incompleta	17	6.01
Completa	30	10.60
No consta però suficient	230	81.27
Es desconeix	6	2.12
Total	283	100.00

Document de consentiment informat. Respecte al document de consentiment informat, en 193 casos (68.21%), per les característiques del procés assistencial, caldria que s'hagués complimentat.

D'aquests 193 casos en què hi hauria d'haver document de consentiment, en 95 (33.57%) l'informe del metge forense no fa cap referència a si hi és o no.

En 79 casos (27.92%) el document hi és, mentre que en 17 casos (6.01%) en què n'hi hauria d'haver, no hi és. En 2 casos (0.71%) el document hi és però està incomplet.

En 90 casos (31.80%) el tipus de procés assistencial no precisa document de consentiment (figura 25).

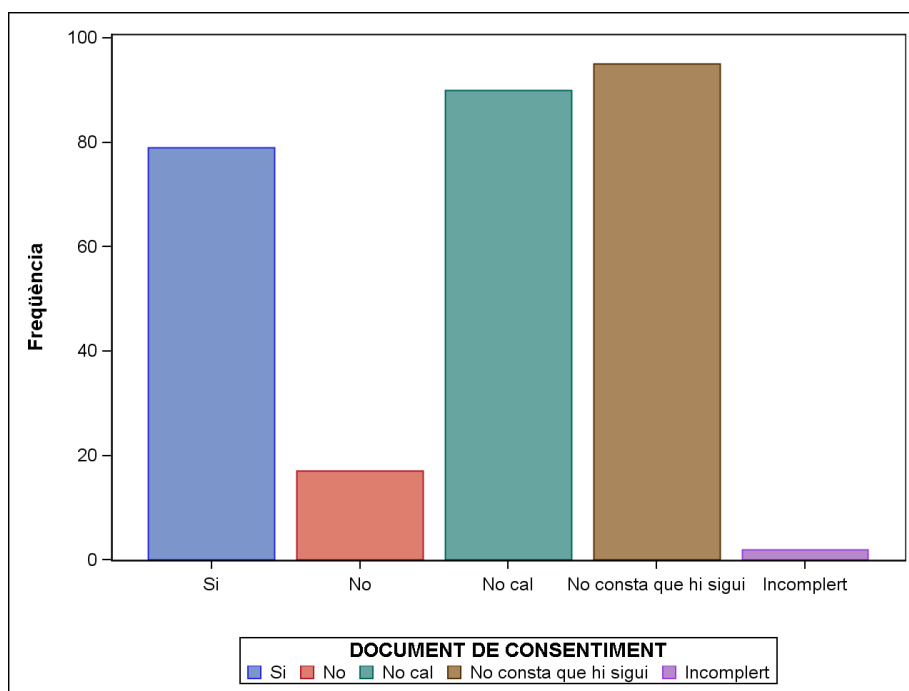


Figura 25. Valoració medicolegal del document de consentiment informat.

Malalt amb seqüeles. Respecte a l'existència de seqüeles, segons l'informe pericial, en 110 casos (56.70%) el pacient ha presentat seqüeles derivades del procés assistencial.

En 49 casos (25.26%) no han quedat seqüeles.

En 30 casos (15.46%) no hi ha cap referència a l'estat seqüelar en l'informe pericial.

En 5 casos (2.58%) es desconeix si hi ha seqüeles o no (figura 26).

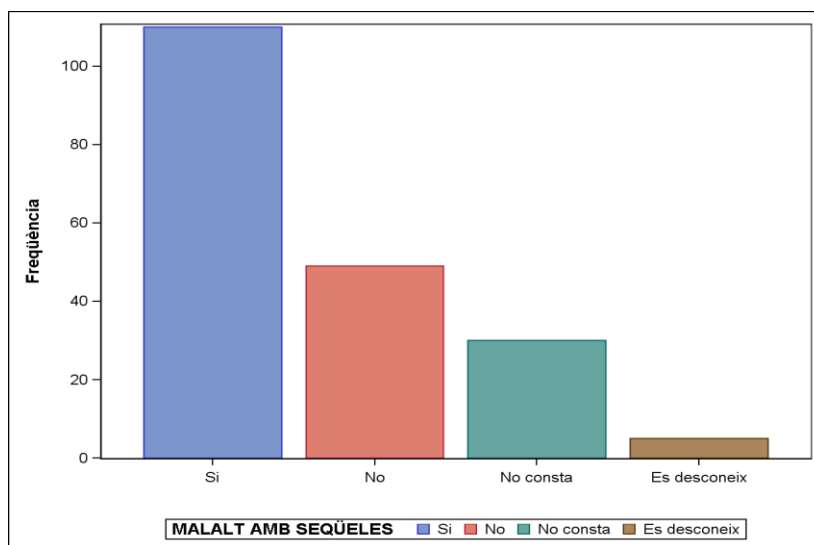


Figura 26. Valoració de l'existència de seqüeles derivades del procés assistencial.

Tipus de seqüeles. Basant-nos en les dades contingudes en l'informe del metge forense, les seqüeles que han patit els malalts derivades del procés assistencial es poden classificar en els tipus següents:

Seqüeles residuals de tipus estètic: 24 casos (8.48%)

Afectació dels òrgans dels sentits: 23 casos (8.13%).

Seqüeles de tipus neurològic perifèric: 20 casos (7.07%)

Seqüeles de tipus musculoesquelètiques: 14 casos (4.95%)

Seqüeles neurològiques centrals: 11 casos (3.89%)

Dolor residual: 11 casos (3.89%)

Seqüeles de tipus psiquiàtric: 7 casos (2.74%)

Afectació de l'aparell genitourinari: 5 casos (1.77%)

Seqüeles de tipus infeccions: 4 casos (1.41%)

Afectació de l'aparell digestiu: 4 casos (1.41%)

Alteracions de l'aparell cardiovascular: 1 cas (0.35%)

Es desconeix: 1 cas (0.35%) (figura 27).

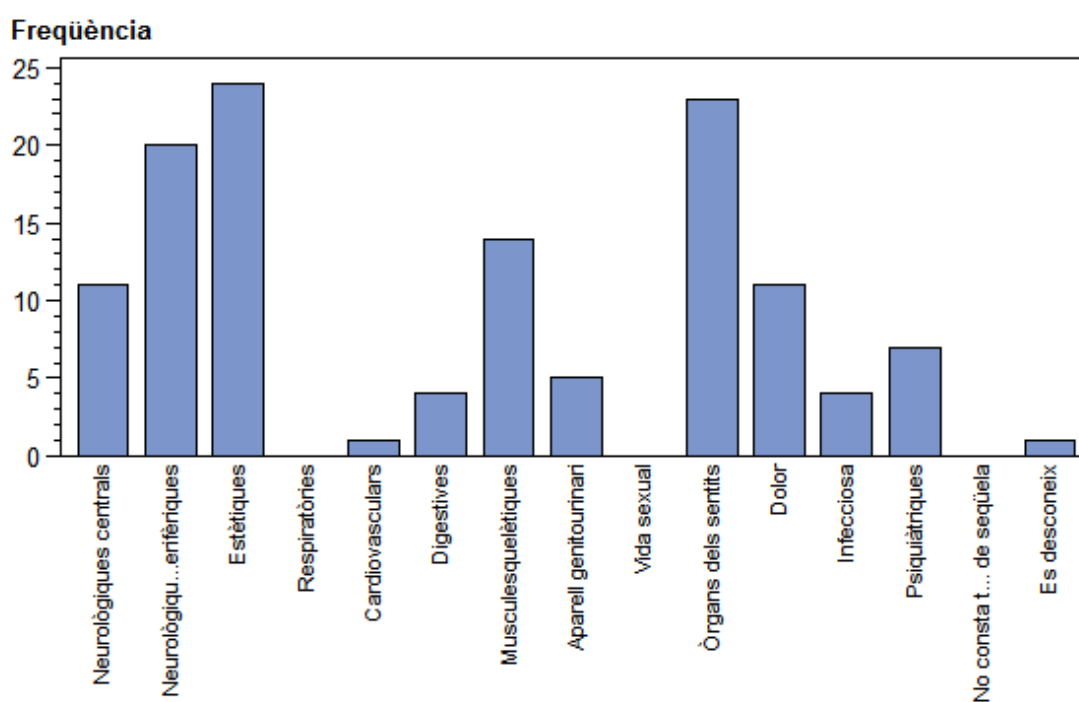


Figura 27. Distribució de les seqüeles derivades del procés assistencial.

Malalt mort. De tota la mostra, en 91 casos (32.16%) el pacient ha mort, mentre que en 192, no (67.84%) (taula 8).

Taula 8. Nombre de pacients morts.

	N	%
Sí	91	32.16
No	192	67.84

	N	%
Total	283	100.00

Pràctica d'autòpsia. Dels 91 casos en què el pacient ha mort, s'ha practicat l'autòpsia en 46 casos (50.54%), dels quals: en 22 l'autòpsia és judicial (23.91%), en 7 és clínica (7.61%). En 17 casos (18.48%) s'ha practicat autòpsia però es desconeix si és judicial o clínica.

De la resta de casos, en 14 sabem que no s'ha practicat autòpsia (15.22%) i en 32 (34.78%), es desconeix (figura 28).

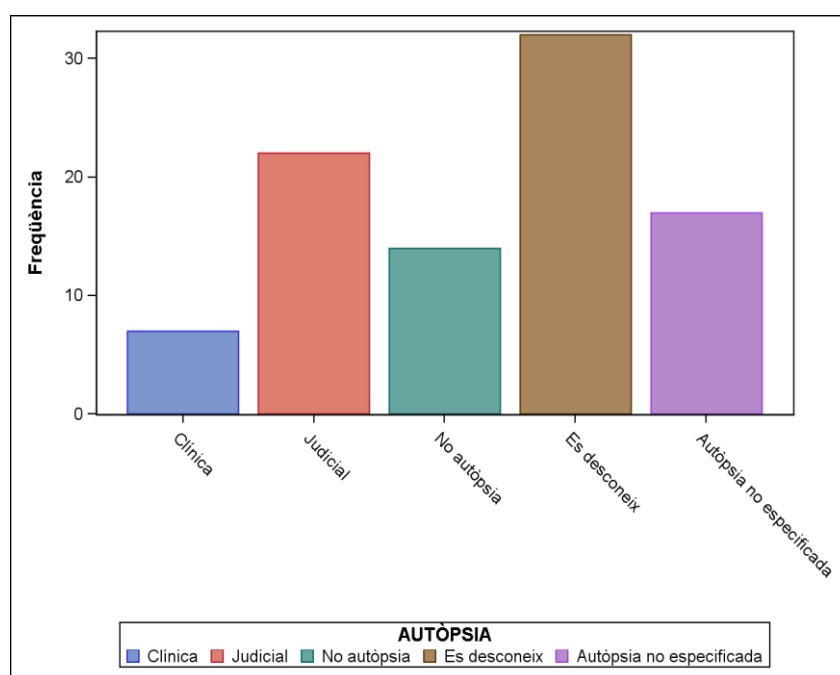


Figura 28. Nombre casos en què s'ha practicat autòpsia.

Transcendència de l'autòpsia. Respecte si el resultat de l'autòpsia ha estat determinant o no per a l'estudi de la causa de mort i la seva relació amb presumpta mala praxi, els resultats obtinguts han estat els següents:

En 29 casos (61.70%) s'observa que hi ha relació de causalitat, és a dir, les troballes autòpsiques tenen relació amb el procés assistencial.

En 8 casos (17.02%) les troballes autòpsiques en relació amb la causa de mort no tenen relació amb el procés assistencial.

En 1 cas (2.13%) l'autòpsia no és determinant.

En 9 casos (19.15%) es desconeix (figura 29).

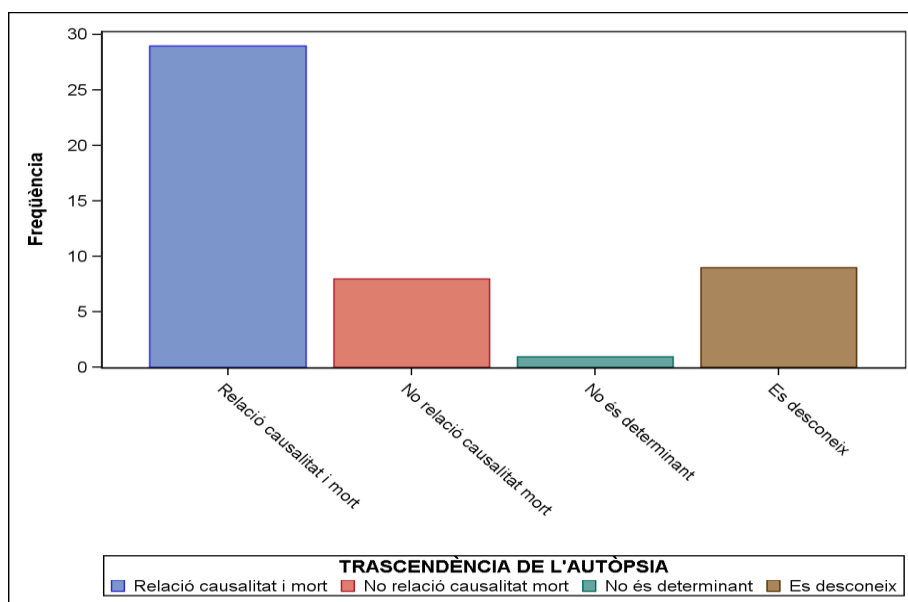


Figura 29. Importància dels resultats de l'autòpsia en la valoració d'una possible mala praxi.

Causa de mort. Dels 22 casos en què l'autòpsia practicada és judicial, s'ha buscat l'informe d'autòpsia o bé la causa de mort en la pericial del metge forense. En 1 cas d'autòpsia clínica, en l'informe pericial hi consta específicament la causa de la mort. Així doncs, els resultats obtinguts sobre la causa de mort són els següents:

Origen cardiovascular

Aneurisma dissecant d'aorta: 2 casos

Infart agut de miocardi i tromboembolisme pulmonar: 1 cas

Infart agut de miocardi transmural i ateromatosi coronària: 1 cas

Miocardiopatia hipertròfica amb edema pulmonar: 1 cas

Origen pulmonar

Anòxia perinatal: 1 cas

Asfíxia per compressió: 1 cas

Broncoaspiració: 1 cas

Pneumònia: 1 cas

Insuficiència respiratòria aguda: 1 cas

Insuficiència respiratòria intrapart: 1 cas

Tromboembolisme pulmonar: 1 cas

Tromboembolisme pulmonar secundari a politraumatisme: 1 cas

Aparell digestiu

Dehiscència de sutura, xoc i peritonitis: 1 cas

Perforació gàstrica i peritonitis: 1 cas

Sistema Nerviós Central

Hematoma subdural i infart hemisfèric: 1 cas

Aparell genitourinari

Carcinoma de bufeta i xoc hemorràgic: 1 cas

Origen infecció

Infecció per VIH: 1 cas

Sèpsia per pneumònia bilateral: 2 casos

Xoc sèptic: 1 cas

Autòpsies no concloents: 2 casos

És deduïble, per tant, que en 2 dels 23 casos autopsiats no es coneix la causa de mort i en ambdós casos l'autòpsia la qualifica com a «no concloent»; en els 21 restants, s'arriba a un diagnòstic de causa de mort.

Correlació cliniconecròpsica. S'han recollit els diagnòstics clínics que consten en els informes pericials i els necròpsics derivats dels informes/resultats de les autòpsies judicials i clínica, i se n'obtingueren els resultats següents:

En 12 casos s'estableix que hi ha correlació entre el diagnòstic clínic i el necròpsic, el que suposa el 52.17% dels casos.

En 11 casos observem que no hi ha correlació entre el diagnòstic clínic i el necròpsic, el que suposa el 47.82% dels casos (taula 9).

Taula 9. Correlació cliniconecròpsica

Diagnòstic clínic	Diagnòstic necròpsic	Correlació clíniconecròpsic a
Crisi d'angoixa i agitació	Dehiscència sutura, xoc	NO
Gastroenteritis aguda	Perforació gàstrica	NO
Vòmits, dolor abdominal	Autòpsia no conclouent	SÍ
Bronquitis asmàtica	Tromboembolisme pulmonar	NO
Broncoaspiració	Restes via aèria	SÍ
Hemorràgia cerebral laminar	Hematoma subdural. Infart hemisfèric	SÍ
Diverticulitis	Ruptura aneurisma aorta abdominal	NO
Bronquitis	Pneumònia	SÍ
Infecció per VIH	Infecció per VIH	SÍ
Patiment fetal	Anòxia perinatal	SÍ
SIDA	Xoc sèptic. Pneumònia bilateral	SÍ
Xoc sèptic. Fracàs multiorgànic	Autòpsia no conclouent	NO
TEP massiu vs. xoc anafilàctic	Miocardiopatia hipertròfica	NO
Anòxia perinatal	Insuficiència respiratòria aguda	SÍ
Ansietat	TEP	NO
Infecció d'orina	Sèpsia per pneumònia	NO
Sense diagnòstic clínic	TEP	NO
Avortament sèptic	Xoc sèptic	SÍ
Agitació, asfíxia	Asfíxia per compressió	SÍ
Mort sobtada	IAM transmural	NO
Mort sobtada	Aneurisma dissecant d'aorta	NO
Sagnat cx vesical	Carcinoma vesical	SÍ
Patiment fetal	Insuficiència respiratòria intrapart	SÍ

Valoració de la praxi per part del metge forense. En 207 casos (73.14%) dels 283 que integren la mostra la conclusió del metge forense en relació amb la praxi assistencial és que no hi ha mala praxi.

En 39 casos (13.78%), la conclusió pericial és que hi ha mala praxi.

En 37 casos (13.07%), no es defineix (figura 30).

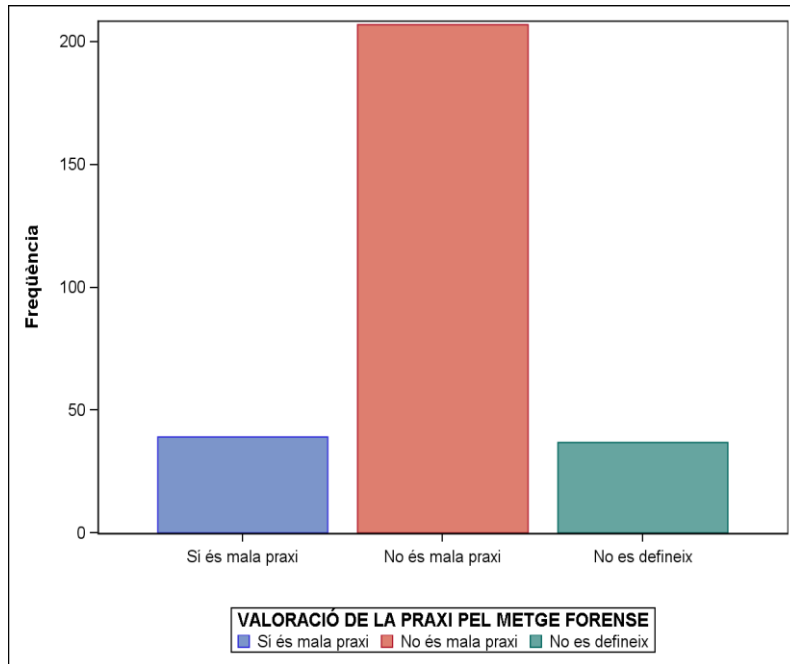


Figura 30. Valoració de la praxi per part del metge forense. Conclusió pericial.

Origen de la mala praxi. En aquells casos en què el metge forense conclou que hi ha mala praxi (39 casos), es valora quin tipus de mala praxi s'ha produït, i s'arriba a les conclusions següents:

En 34 casos (85%) l'origen de la mala praxi és professional, és a dir, ocasionada pel mateix professional que ha intervingut durant el procés assistencial.

En 4 casos (10%) la mala praxi està produïda per mala organització, no pel professional.

En 2 casos (5%) són diversos els elements que incideixen.

En 1 cas el metge forense no es defineix respecte a si hi ha o no mala praxi però, en canvi, sí refereix que s'ha produït un defecte d'organització.

Consten 40 orígens diferents de mala praxi valorades pel metge forense, atès que és possible que en el mateix cas hi hagi diversos factors que hi hagin incidit (figura 31).

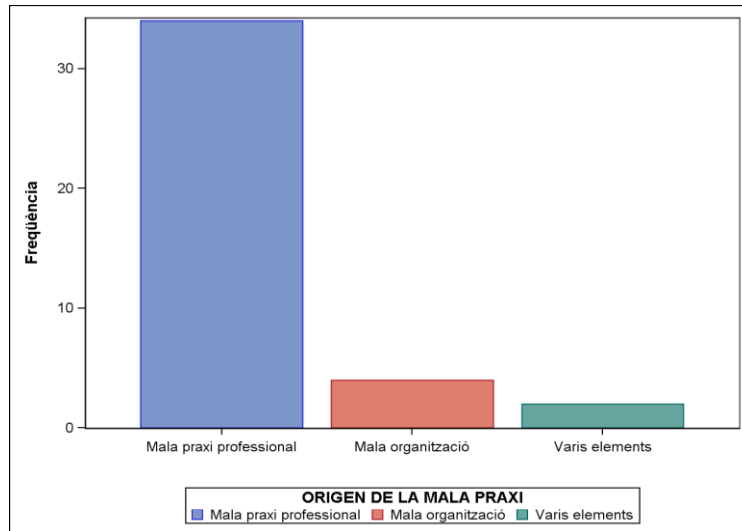


Figura 31. Origen de la mala praxi segons la valoració del metge forense.

5.2.1.1. Anàlisi bivariant anual a partir de les dades contingudes en l'informe pericial

En aquest apartat es realitza una anàlisi de les variables corresponents als anys 2004-2009.

Relació amb la documentació adjunta

En relació amb la documentació adjunta, es pot afirmar que la base de dades obtinguda s'ha extret fonamentalment de la pericial del metge forense, atès que en els anys motiu d'estudi la pericial s'ha arxivat sense documentació adjunta en la major part dels casos.

En els casos en què hi ha documentació, en tots els anys estudiats, el més habitual és que s'arxivi juntament amb l'escrit de denúncia (taula 10. Figura 32).

Taula 10. Tipus de documentació arxivada conjuntament amb la pericial mèdica.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	%		%		%		%		%		%	
	N	Columna	N	Columna	N	Columna	N	Columna	N	Columna	N	Columna
Escrit de denúncia	17	22.97	18	26.47	5	10.00	18	34.62	15	26.32	7	35.00
Querella	2	2.70	2	2.94	1	2.00	6	11.54	9	15.79	.	.
Fiscal	1	1.35	1	1.47	.	.	3	5.77	.	.	1	5.00
Història clínica	10	13.51	13	19.12	5	10.00	.	.	4	7.02	3	15.00
No hi ha documentació	38	51.35	29	42.65	38	76.00	23	44.23	27	47.37	7	35.00
Recurs contenciós	1	1.35	1	1.47	.	.	1	1.92	1	1.75	.	.
Pericial privada	2	2.70	1	1.47	.	.	.	.	1	1.75	.	.
Demanda	1	1.35	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Declaracions	2	2.70	2	2.94	.	.	.	.	.	.	1	5.00
Altres	.	.	1	1.47	1	2.00	1	1.92	.	.	1	5.00
TOTAL	74	100.00	68	100.00	50	100.00	52	100.00	57	100.00	20	100.00

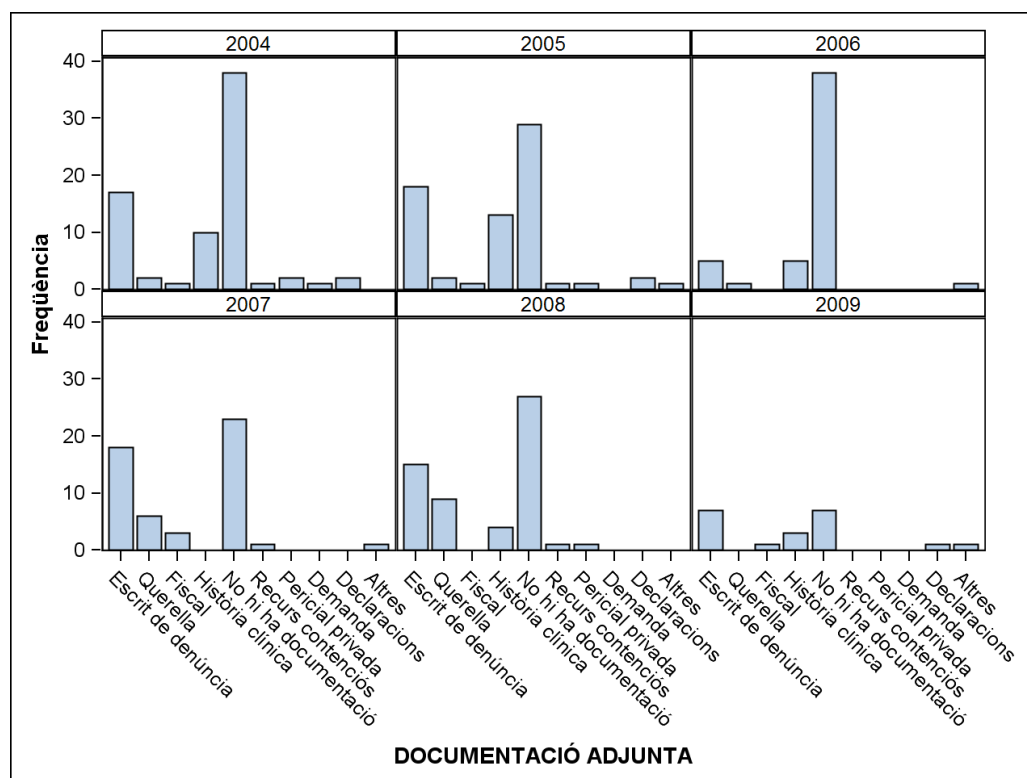


Figura 32. Tipus de documentació arxivada conjuntament amb la pericial mèdica.

Tipus de diligències. En tots els anys estudiats, el més habitual és que les diligències que motiven l'actuació pericial del metge forense siguin unes diligències prèvies (taula 11. Figura 33).

Taula 11. Tipus de diligències al llarg dels anys estudiats.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diligències prèvies	54	87.10	42	76.36	42	85.71	44	86.27	42	82.35	15	100.00
Diligències indeterminades	.	.	1	1.82	1	2.04	.	.	1	1.96	.	.
Recurs ordinari	4	6.45	4	7.27	2	4.08	4	7.84	3	5.88	.	.
Exhort	1	1.61	1	1.82	.	.	.	.	1	1.96	.	.
Procediment ordinari	1	1.61	1	1.82	2	4.08	.	.	1	1.96	.	.
Judici de faltes	1	1.61	3	5.45	1	2.04	.	.	.	.	.	.
Altres	1	1.61	2	3.64	1	2.04	3	5.88	3	5.88	.	.
Es desconeix	.	.	1	1.82	.	.	.	.	.	.	.	.
TOTAL	62	100.00	55	100.00	49	100.00	51	100.00	51	100.00	15	100.00

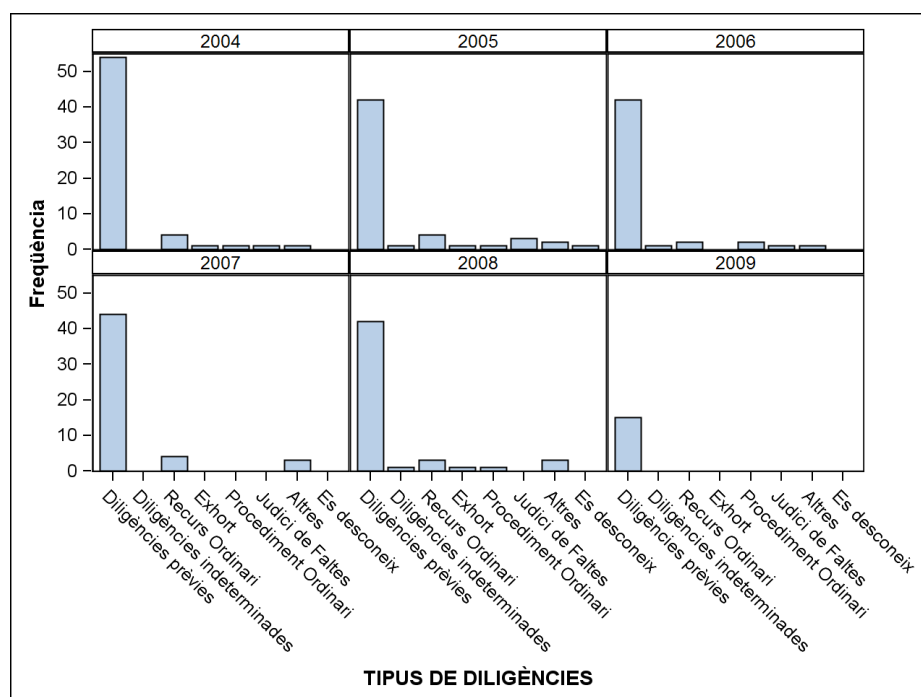


Figura 33. Evolució del tipus de diligències al llarg dels anys estudiats.

Tipus de jutjat. S'observa que al llarg dels anys estudiats és el jutjat d'instrucció el que motiva la intervenció del metge forense, en una diferència rellevant respecte a les altres jurisdiccions (figura 34).

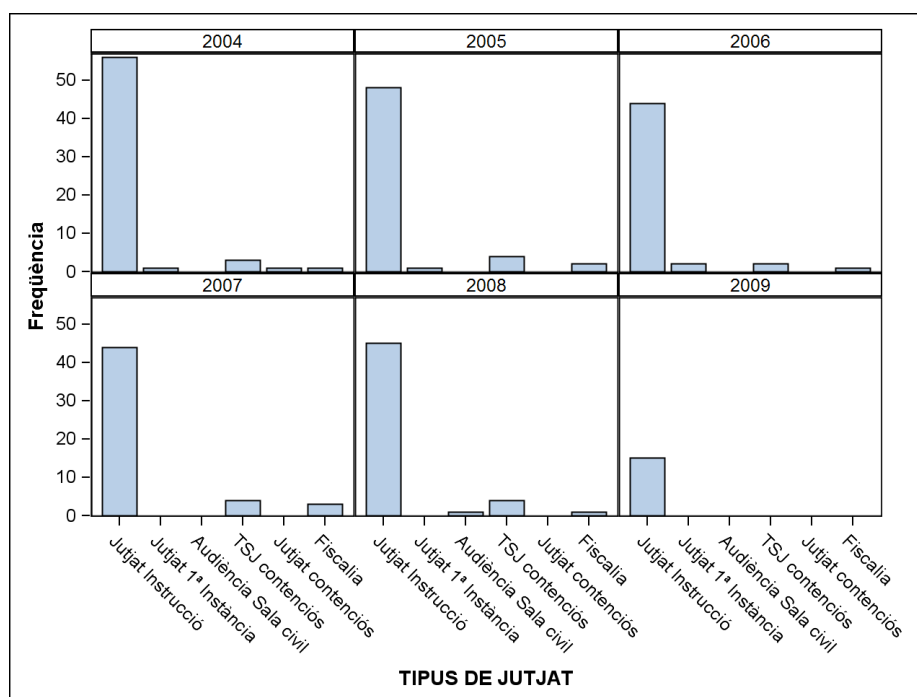


Figura 34. Jutjats que han tramitat processos de mala praxi.

Via d'inici de reclamació. Es pot afirmar que la via d'inici de reclamació en un assumpte de possible mala praxi és la via penal, sigui a través d'una denúncia, querella, o bé indeterminada.

Durant el període estudiat, la via d'inici de reclamació més freqüent va ser la denúncia amb un total de 37.15% (any 2004), 54.55% (any 2005), 49.02% (any 2007), 39.22% (any 2008) i 80% (any 2009) dels casos.

L'any 2006 la via d'inici de reclamació més freqüent va ser la penal indeterminada amb el 44.9% dels casos (taula 12. Figura 35).

Taula 12. Via d'inici de la reclamació més freqüent al llarg dels anys d'estudi.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Penal querella	15	24.19	6	10.91	4	8.16	10	19.61	16	31.37	1	6.67
Penal denúncia	23	37.10	30	54.55	19	38.78	25	49.02	20	39.22	12	80.00
Penal indeterminada	18	29.03	14	25.45	22	44.90	9	17.65	10	19.61	2	13.33
Civil	1	1.61	1	1.82	2	4.08	.	.	1	1.96	.	.
Via contenciosa	4	6.45	4	7.27	2	4.08	4	7.84	4	7.84	.	.
Altres	.	.	.	.	.	.	3	5.88	.	.	.	.
Es desconeix	1	1.61	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TOTAL	62	100.00	55	100.00	49	100.00	51	100.00	51	100.00	15	100.00

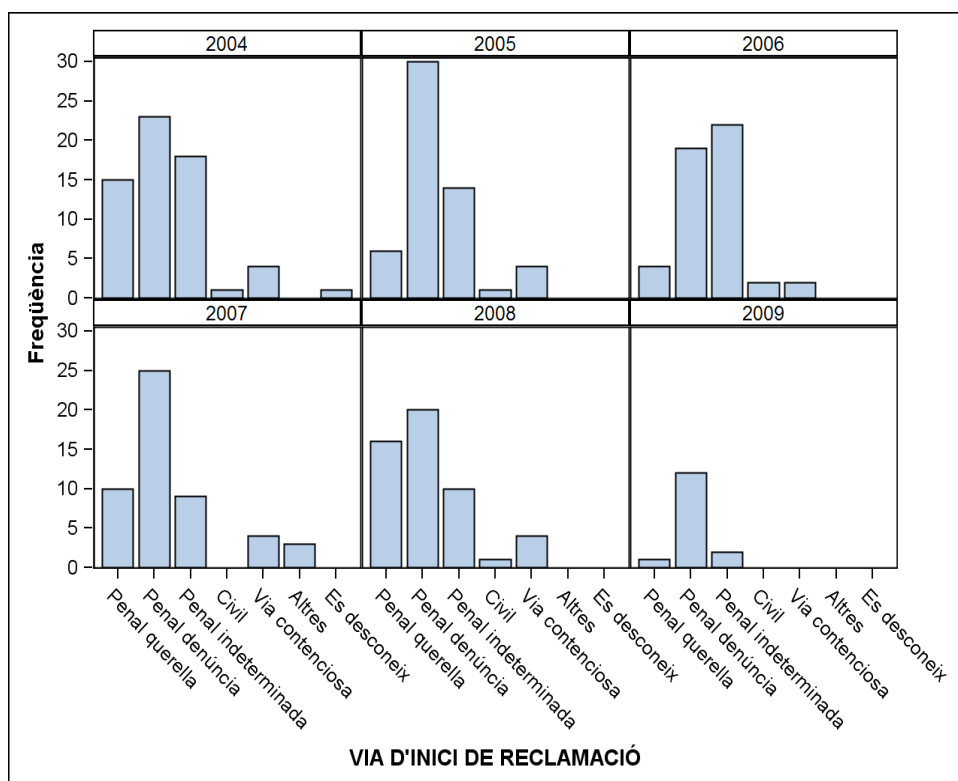


Figura 35. Via d'inici de reclamació més freqüent

Nombre de metges forenses que signen. Es pot observar que, al llarg dels anys d'estudi, el més habitual és que les pericials per mala praxi estiguin signades per un sol metge forense (figura 36).

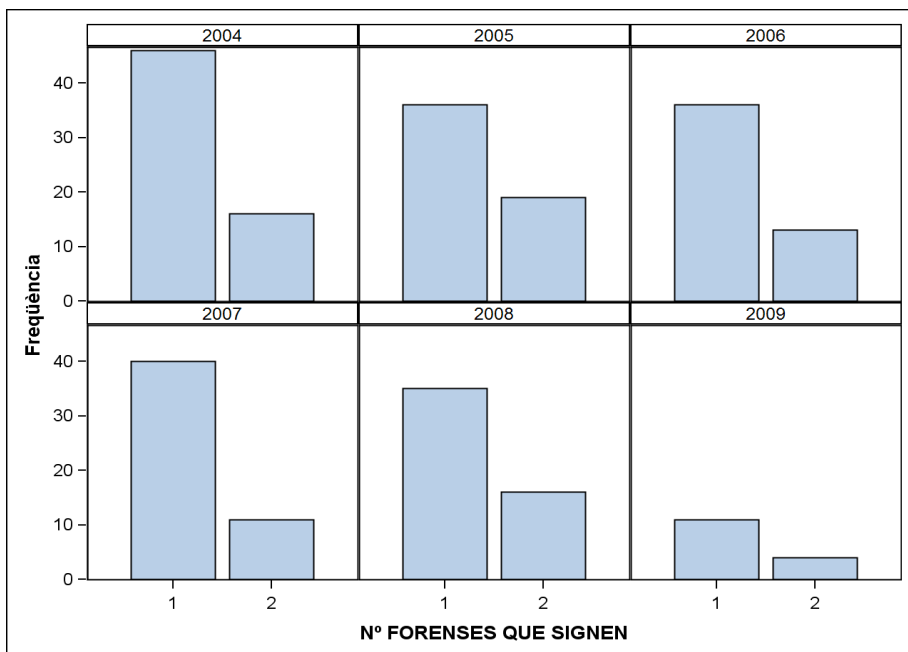


Figura 36. Nombre de metges forenses que signes la pericial al llarg dels anys d'estudi.

Sol·licitud de suport especialitzat. Es pot observar que el més freqüent al llarg dels anys d'estudi és que no es demani suport especialitzat per realitzar una pericial sobre responsabilitat professional. Quan hi ha suport especialitzat, sol tractar-se d'un metge forense especialista (figura 37).

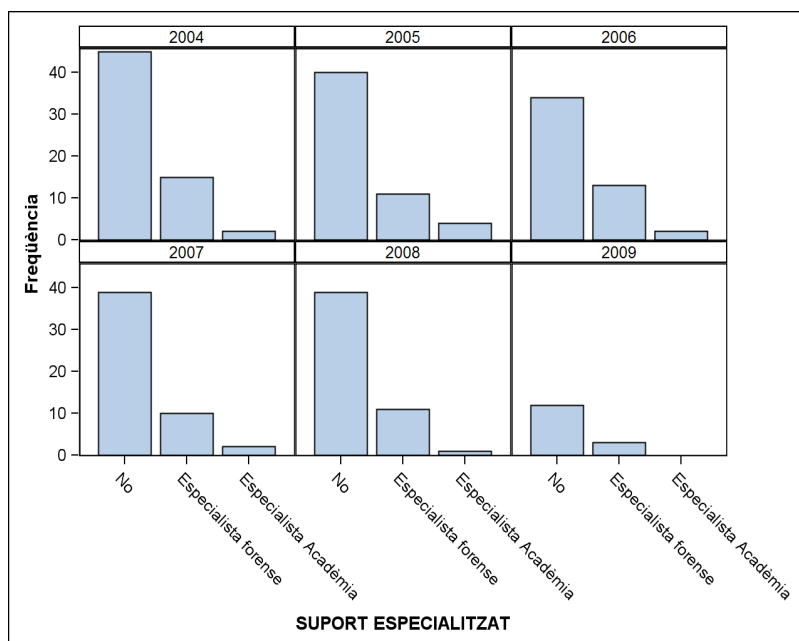


Figura 37. Pericials realitzades amb o sense suport especialitzat.

Nombre de motius de reclamació. Al llarg dels anys, el més freqüent és que hi hagi un sol motiu de reclamació (figura 38).

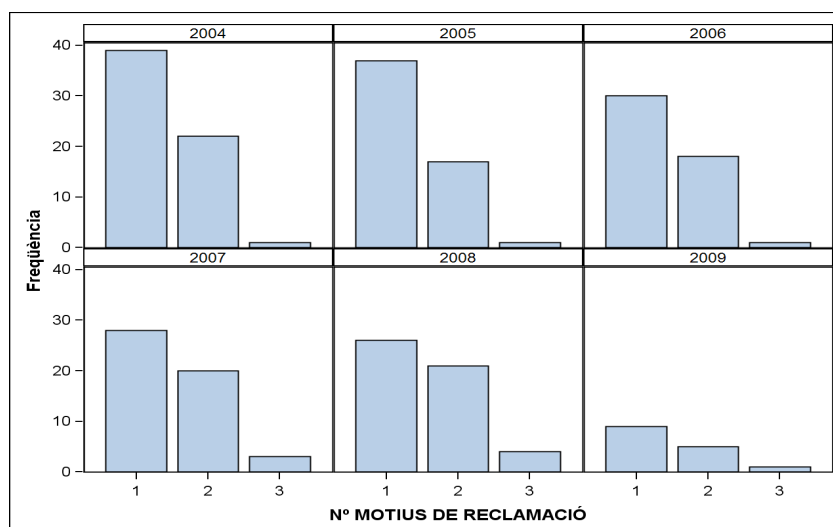


Figura 38. Nombre de motius de reclamació al llarg dels anys.

Motiu de reclamació. És important observar que, entre els motius de reclamació més freqüents (\geq a 10 casos), el més habitual és que el pacient reclami per defecte de resultat i això és manté en tots els anys motiu d'estudi (taula 13).

Taula 13. Motius de reclamació més freqüents al llarg dels anys.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Control evolutiu deficient	6	7.69	4	6.25	5	7.94	8	11.94	2	2.94	.	.
Error diagnòstic	9	11.54	6	9.38	6	9.52	4	5.97	8	11.76	.	.
Mala tècnica quirúrgica	19	24.36	5	7.81	7	11.11	10	14.93	11	16.18	2	10.53
Complicació anestèsica	4	5.13	3	4.69	2	3.17	1	1.49	.	.	.	.
Mal resultat	20	25.64	19	29.69	16	25.40	14	20.90	18	26.47	6	31.58
Retard diagnòstic	3	3.85	4	6.25	6	9.52	1	1.49	3	4.41	1	5.26
Complicacions evolutives	8	10.26	6	9.38	7	11.11	8	11.94	5	7.35	3	15.79
Retard trasllat a centre assistencial	2	2.56	3	4.69	.	.	2	2.99	1	1.47	2	10.53
Infecions	3	3.85	4	6.25	3	4.76	4	5.97	2	2.94	1	5.26
Complicació quirúrgica	3	3.85	3	4.69	2	3.17	1	1.49	4	5.88	.	.
Retard assistencial	1	1.28	6	9.38	1	1.59	8	11.94	9	13.24	.	.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Terapèutica inadequada	.	.	1	1.56	8	12.70	6	8.96	5	7.35	4	21.05
TOTAL	78	100.00	64	100.00	63	100.00	67	100.00	68	100.00	19	100.00

Altres motius de reclamació. Entre aquells motius de reclamació que tenen una freqüència inferior a 10 casos, cal destacar el següent:

L'any 2004 els motius de reclamació més freqüents són l'exploració clínica incorrecta (25%) i cossos estranys a l'organisme (25%).

El 2005 els motius de reclamació més freqüents són els efectes indesitjables de la medicació i defecte d'informació/consentiment, amb un 20% dels casos.

L'any 2006 va haver-hi 6 motius de reclamació: falta d'indicació de proves complementàries, alta precipitada, cossos estranys a l'organisme, defecte d'informació/consentiment, efectes indesitjables de la medicació i procediment innecessari.

L'any 2007 el motiu de reclamació més freqüent és el de cossos estranys a l'organisme (40%).

L'any 2008 el motiu de reclamació més freqüent és l'alta precipitada (23.08%).

L'any 2009 el motiu de reclamació més freqüent és falta de mesures de seguretat (66.67%).

Edat. Durant els anys 2004 i 2005 la mitjana d'edat dels pacients que reclamen per presumpta mala praxi es troba al voltant de 49 anys. El 2006 és de 43.8 anys, el 2006 de 47 anys i el 2007 i 2009 la mitjana es troba al voltant de 51 anys (figura 39).

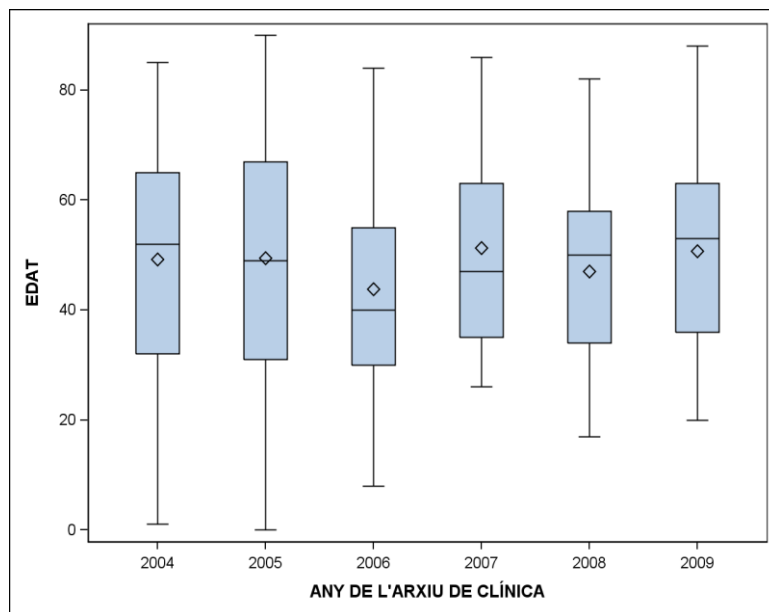


Figura 39. Edat en anys dels pacients que reclamen per una possible mala praxi.

Sexe. Els anys 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 en la majoria de casos els pacients afectats per presumpta mala praxi eren dones, excepte l'any 2009, en què hi ha un percentatge més elevat d'homes (figura 40).

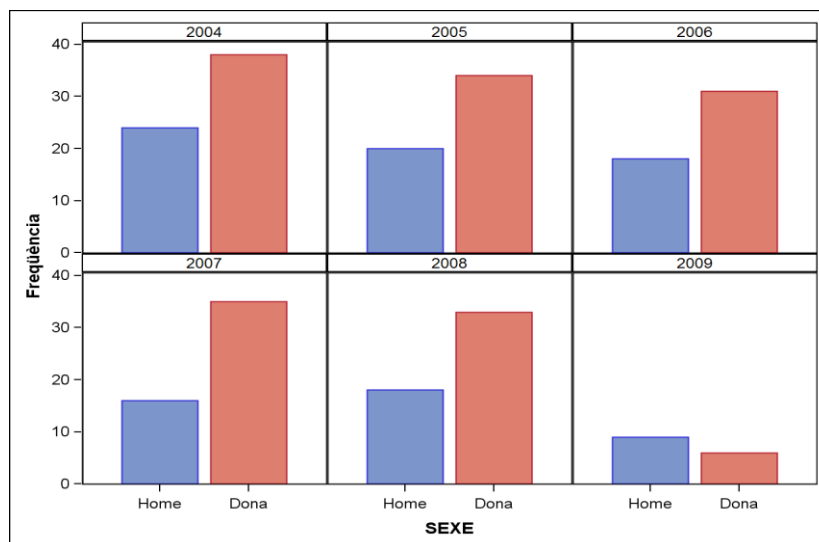


Figura 40. Frequència d'homes i dones afectats per una presumpta mala praxi al llarg dels anys d'estudi.

Tipus d'especialitat més freqüentment reclamada. En relació amb el tipus d'especialitat mèdica més freqüentment reclamada, distingint de forma genèrica entre especialitat mèdica o bé quirúrgica. L'especialitat quirúrgica és la més freqüentment reclamada al llarg de tots els anys motiu d'estudi (figura 41).

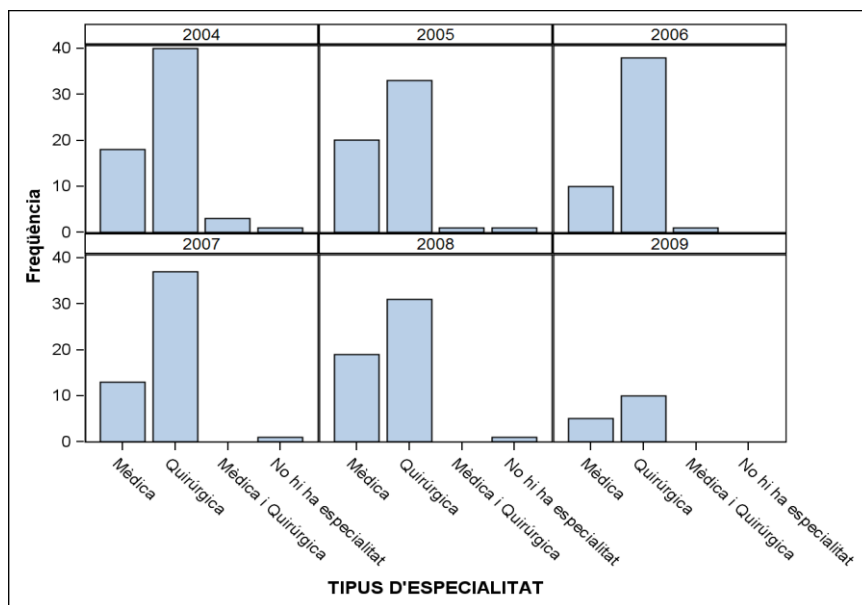


Figura 41. Evolució del tipus d'especialitat més reclamada al llarg dels anys d'estudi.

Especialitat més freqüentment reclamada. Entre les especialitats que s'han definit com les més habitualment reclamades, és a dir, que han patit reclamacions amb una freqüència igual o superior a 10 casos, es pot observar que cirurgia ortopèdica i traumatologia, en la seva evolució al llarg dels anys, ha estat la més conflictiva els anys 2004 i 2005 amb un 21.28% i 28.21% dels casos, respectivament.

En canvi, en els anys 2006 i 2007 l'especialitat que ha tingut més reclamacions ha estat ginecologia i obstetrícia en el 25% i 26.83% dels casos, respectivament.

Finalment, en els anys 2008 i 2009 va ser oftalmologia la que va tenir més denúncies, en el 19.44% i 25% dels casos, respectivament (figura 42).

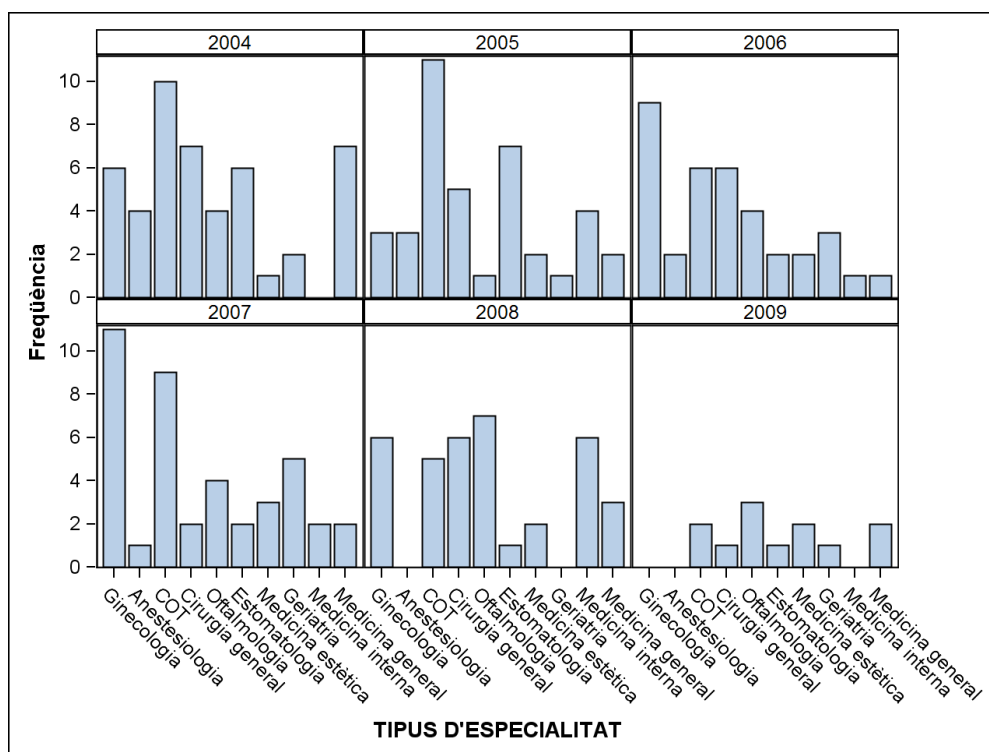


Figura 42. Evolució per anys de les especialitats més reclamades.

Altres especialitats. Entre les especialitats menys freqüentment reclamades, és a dir, aquelles que han patit un nombre de reclamacions inferior o igual a 10 casos, s'ha observat el següent:

L'any 2004 les especialitats amb més reclamacions van ser urologia i hematologia, amb un 16.67% dels casos cadascuna.

L'any 2005 l'especialitat amb més reclamacions va ser radiologia (17.65%).

L'any 2006 l'especialitat amb més reclamacions va ser cirurgia vascular (1.43%).

L'any 2007 l'especialitat amb més reclamacions va ser cirurgia plàstica i reparadora (40%).

L'any 2008 l'especialitat amb més reclamacions va ser neurocirurgia (21.43%).

L'any 2009 es van produir 3 casos de les especialitats següents: vascular, urologia i aparell digestiu (taula 14).

Taula 14. Altres especialitats reclamades. Evolució al llarg dels anys.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cirurgia plàstica i reparadora	1	5.56	2	11.76	1	7.14	4	40.00	1	7.14	.	.
Cirurgia vascular	2	11.11	.	.	3	21.43	2	20.00	.	.	1	33.33
Medicina de família	2	11.11	1	5.88	.	.	2	20.00	1	7.14	.	.
Cardiologia	.	.	1	5.88	.	.	.	.	1	7.14	.	.
Pediatría	.	.	.	.	.	.	.	.	1	7.14	.	.
Urologia	3	16.67	2	11.76	2	14.29	.	.	.	.	1	33.33
Hematologia	3	16.67	.	.	2	14.29	.	.	1	7.14	.	.
ORL	.	.	2	11.76	2	14.29	1	10.00	1	7.14	.	.
Dermatologia	.	.	1	5.88	.	.	1	10.00	2	14.29	.	.
Psiquiatria	.	.	1	5.88	1	7.14	.	.	.	.	.	.
Neurologia	.	.	1	5.88	.	.	.	.	1	7.14	.	.
Rehabilitació	.	.	.	.	1	7.14	.	.	.	.	.	.
Cirurgia toràcica	1	5.56	1	5.88	1	7.14	.	.	.	.	.	.
Neurocirurgia	2	11.11	1	5.88	1	7.14	.	.	3	21.43	.	.
Neurofisiologia clínica	1	5.56	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Medicina del treball	.	.	.	.	.	.	.	.	1	7.14	.	.
Pneumologia	2	11.11	1	5.88	.	.	.	.	.	.	.	.
Radiologia	.	.	3	17.65	.	.	.	.	.	.	.	.
Medicina intensiva	.	.	.	.	.	.	.	.	1	7.14	.	.
Aparell digestiu	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	33.33
No hi ha especialitat	1	5.56	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TOTAL	18	100.00	17	100.00	14	100.00	10	100.00	14	100.00	3	100.00

Tipus de centre reclamat. Respecte a aquesta variable, es pot observar que, al llarg dels anys 2004 a 2009, les reclamacions per possible mala praxi s'han produït més freqüentment en l'àmbit de la sanitat privada (45.16%, 40%, 38.78%, 39.22%, 39.22% i 33.33%, respectivament), seguides en segon lloc per les reclamacions contra la sanitat pública (20.97%, 29.09%, 34.69%, 23.53%, 37.25%, 26.67%, respectivament) (figura 43).

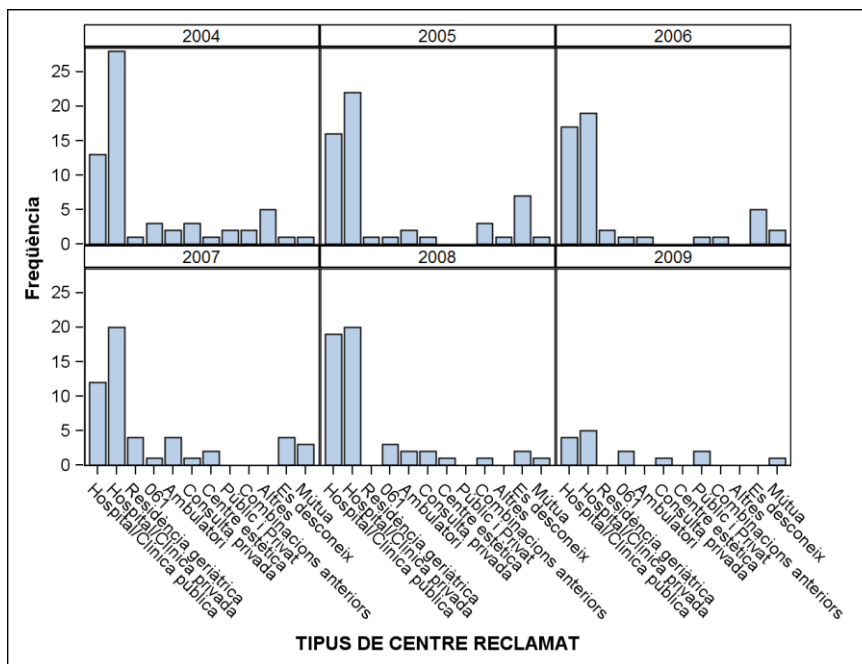


Figura 43. Tipus de centres més reclamats al llarg dels anys.

Situació del malalt. S'observa que el més freqüent és que el pacient interposi la reclamació per presumpta mala praxi per complicacions succeïdes durant l'ingrés. És a dir, els conflictes que motiven les reclamacions es produeixen més habitualment quan el pacient es troba ingressat a l'hospital (figura 44).

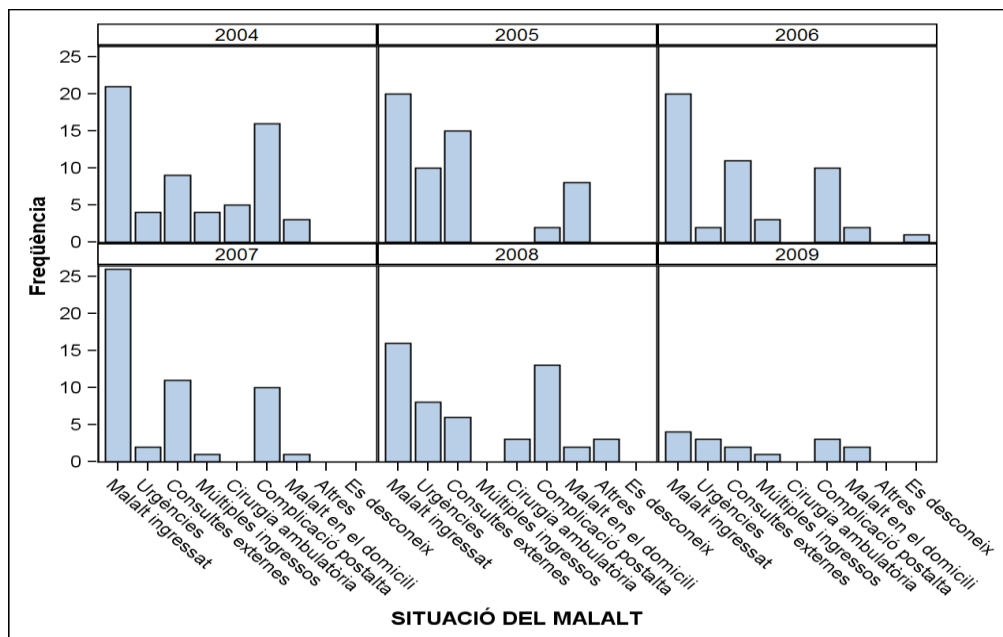


Figura 44. Situació del malalt en el moment en què es produeixen els fets que motiven la reclamació.

Tipus de professional reclamat. Tal i com reflecteix la figura, durant tots els anys d'estudi, el professional contra qui va dirigida una reclamació per possible mala praxi és el professional que pertany a l'estament mèdic (figura 45).

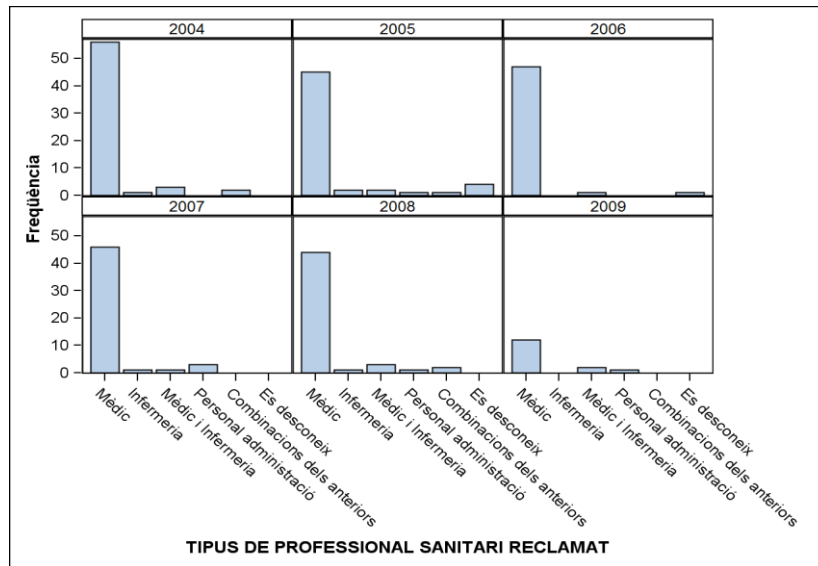


Figura 45. Professional contra qui va dirigida la reclamació.

Valoració medicolegal de la història clínica. És una constant que en la pericial medicoforense no es faci constar la qualitat medicolegal de la història clínica (figura 46).

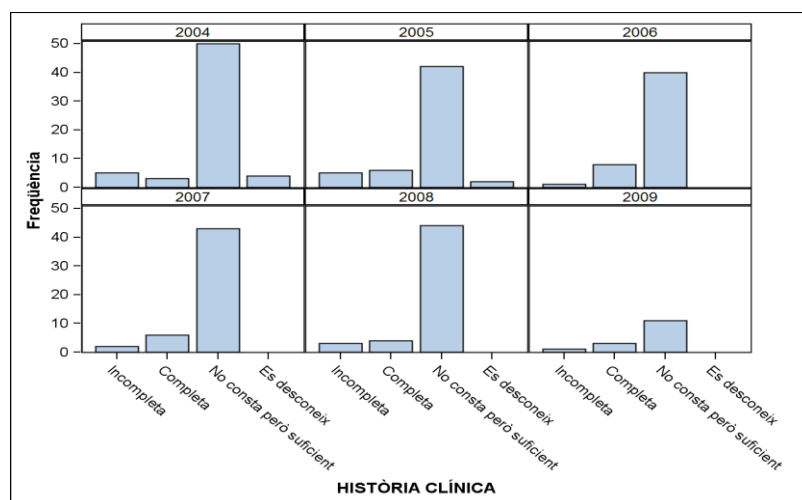


Figura 46. Valoració medicolegal de la història clínica realitzada pel metge forense.

Document de consentiment informat. Respecte al document de consentiment informat, cal destacar que en la major part dels casos hi ha document de consentiment quan el procediment assistencial així ho requereix (figura 47).

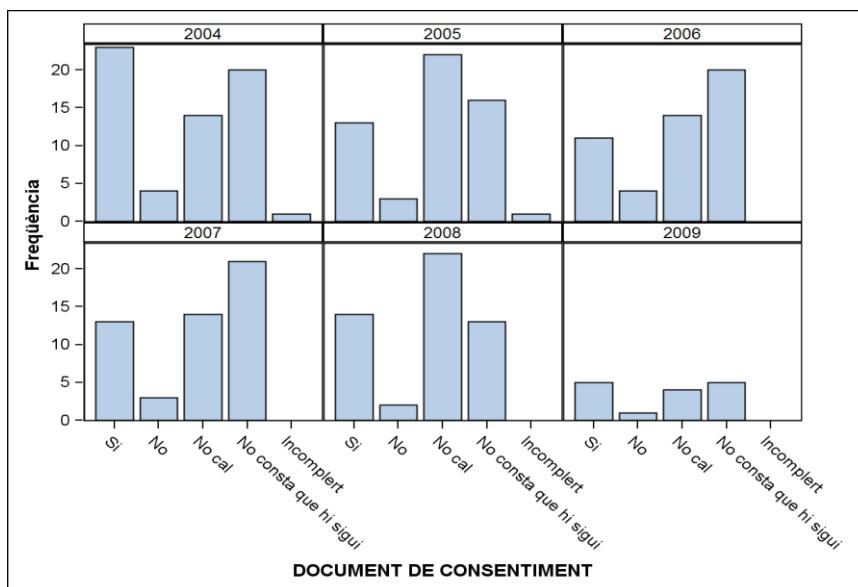


Figura 47. Complementació del document de consentiment en els processos assistencials.

Malalt amb seqüeles. Quant a l'existència de seqüeles en els malalts que interposen reclamació per possible mala praxi, es pot observar que els anys 2004, 2005, 2006 i 2007 la majoria dels casos els pacients reclamants tenien seqüeles, amb els percentatges següents: 67.39%, 60.61%, 68.57% i 54.43%, respectivament.

L'any 2008, un 41.67% dels casos no presentaven seqüeles.

L'any 2009, en un 33.33% dels casos presentaven seqüeles i en l'altre 33.33% no consta (figura 48).

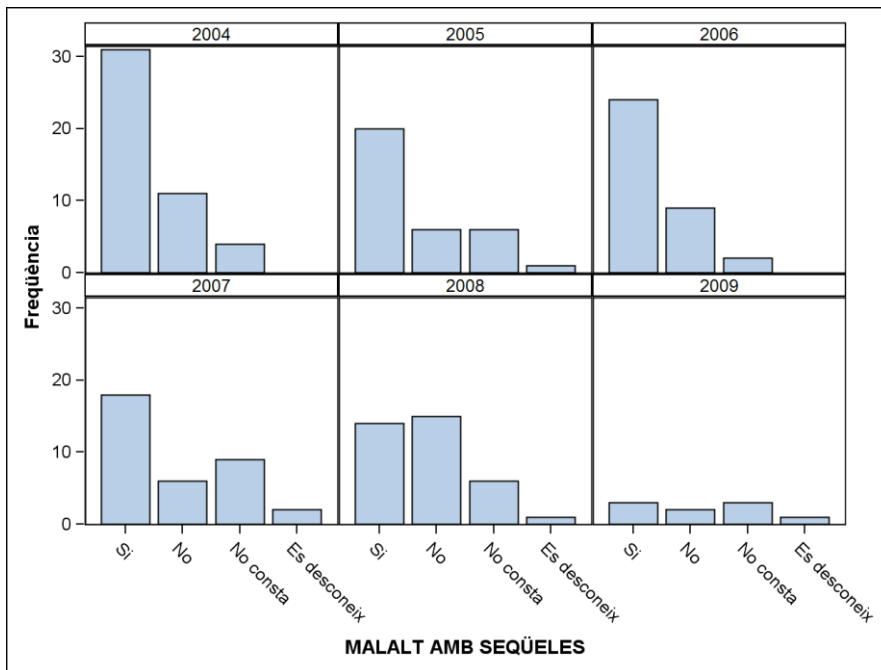


Figura 48. Frequència de discapacitats residuals en els pacients que reclamen al llarg dels anys d'estudi.

Pacient mort. Durant els anys estudiats, en la major part dels casos no s'ha produït la mort del pacient per presumpta mala praxi (figura 49).

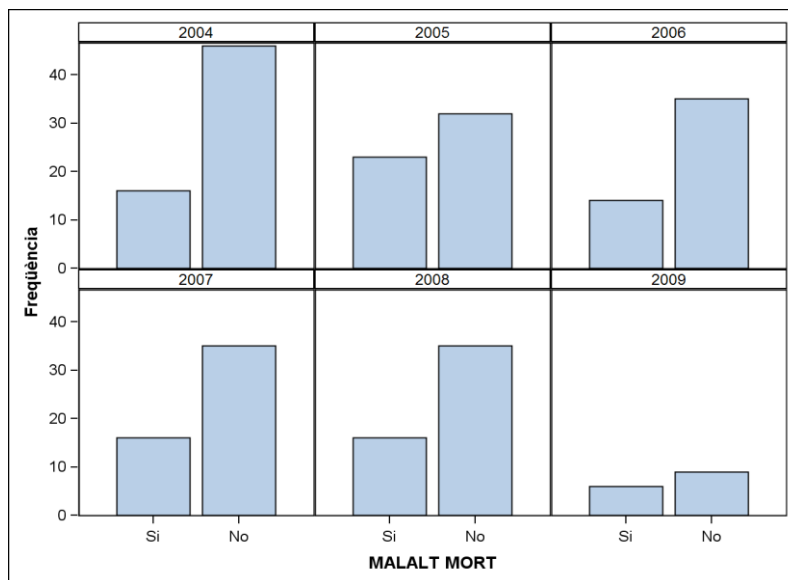


Figura 49. Frequència de pacients morts durant els processos assistencials per possible mala praxi.

5.2.1.2 Bivariant de la variable «malalt amb seqüeles»

Malalt amb seqüeles i motiu de reclamació més freqüent. En tots aquells casos en què el malalt té seqüeles s'observa que el motiu més habitual de reclamació és el mal resultat (36.75%). Quan el pacient no té seqüeles, l'error diagnòstic (18.52%), és el motiu de reclamació més freqüent (taules 15 i 16).

Taula 15. Motiu de reclamació més freqüent quan el pacient té seqüeles.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix si té seqüeles	
	%	%	%	%	%	%	%	%
	column	column	column	column	column	column	column	column
	N	a	N	na	N	a	N	columna
Control evolutiu deficient	7	4.22	3	5.56	.	.	.	.
Error diagnòstic	4	2.41	10	18.52	4	12.12	.	.
Mala tècnica quirúrgica	31	18.67	8	14.81	4	12.12	.	.
Complicació anestèsia	5	3.01	2	3.70	1	3.03	.	.
Mal resultat	61	36.75	9	16.67	11	33.33	2	33.33
Retard diagnòstic	7	4.22	4	7.41	2	6.06	.	.
Complicacions evolutives	21	12.65	1	1.85	6	18.18	1	16.67
Retard trasllat a centre assistencial	2	1.20	1	1.85	.	.	.	.
Infeccions	7	4.22	3	5.56	2	6.06	.	.
Complicació quirúrgica	9	5.42	.	.	.	.	.	.
Retard assistencial	4	2.41	7	12.96	1	3.03	1	16.67
Terapèutica inadequada	8	4.82	6	11.11	2	6.06	2	33.33
TOTAL				100.0				
	166	100.00	54	0	33	100.00	6	100.00

Taula 16. Anàlisi estadística.

Statistic	DF	Value	Prob
Likelihood Ratio Chi-Square	33	62.1580	0.0016

A la prova de raó de versemblances obtenim un p valor<0.05, per tant, hi ha diferències estadísticament significatives entre les dues variables analitzades. Aquestes diferències són degudes al fet que la distribució dels motius de reclamació és diferent segons el tipus de seqüeles.

Malalt amb seqüeles i altres motius de reclamació. En altres motius de reclamació (aquells que la freqüència és < a 10 casos) es pot observar que el malalt amb seqüeles reclama més habitualment per la presència de cossos estranys a l'organisme (27.78%) i el defecte d'informació i consentiment (22.22%) (taules 17 i 18).

Taula 17. Malalt amb seqüeles i motius de reclamació poc freqüents.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles	
	N	%	N	%	N	%
Exploració clínica incorrecta	2	11.11	1	16.67	.	.
Falta indicació proves complementàries	2	11.11	.	.	1	11.11
Alta precipitada	2	11.11	.	.	.	.
Cossos estranys a l'organisme	5	27.78	1	16.67	2	22.22
Error extremitat intervinguda	.	.	.	.	2	22.22
Defecte informació/consentiment	4	22.22	.	.	.	.
Error prescripció terapèutica	1	5.56	1	16.67	2	22.22
Manca de titulació	1	5.56	.	.	.	.
Efectes indesitjables medicació	.	.	3	50.00	.	.
Procediment innecessari	1	5.56	.	.	1	11.11

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles	
	N	%	N	%	N	%
	Falta mesures de seguretat	1	11.11
TOTAL				100.0		
	18	100.00	6	0	9	100.00

Taula 18. Anàlisi estadística.

Statistic	DF	Value	Prob
Likelihood Ratio Chi-Square	20	32.5323	0.0379

A la prova de raó de versemblances obtenim un p-valor <0.05 , per tant, hi ha diferències estadísticament significatives entre les dues variables analitzades. Aquestes diferències són degudes al fet que la distribució dels motius de reclamació és diferent segons els tipus de seqüeles.

Malalt amb seqüeles i edat. La mitjana d'edat del malalt que té seqüeles és de 44.6 anys i la mediana, 45.

La mitjana d'edat del malalt en els casos en què no té seqüeles és de 40 anys i la mediana, 41.

La variable «edat» no segueix una distribució normal en totes les categories de les seqüeles, per tant, aplicarem la prova no paramètrica de Kruskal Wallis per determinar si hi ha diferències entre les medianes d'edat.

A la prova de Kruskal Wallis obtenim un p-valor >0.05 , per tant, no hi ha diferències estadísticament significatives entre les medianes d'edat (figura 50).

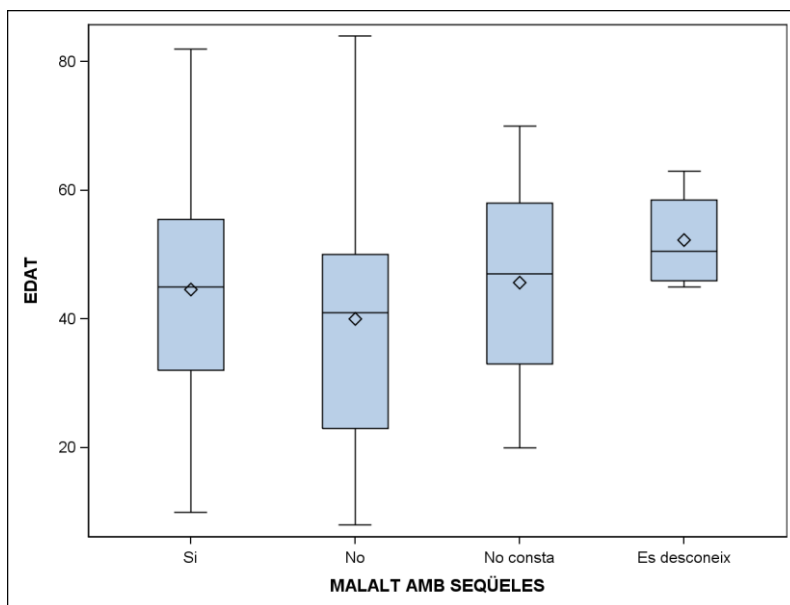


Figura 50. Mitjana d'edat en anys dels pacients amb discapacitats residuals derivades del procés assistencial.

Malalt amb seqüeles i sexe. En totes les categories hi ha més casos en què reclamant és dona.

No hi ha diferències estadísticament significatives (figura 51).

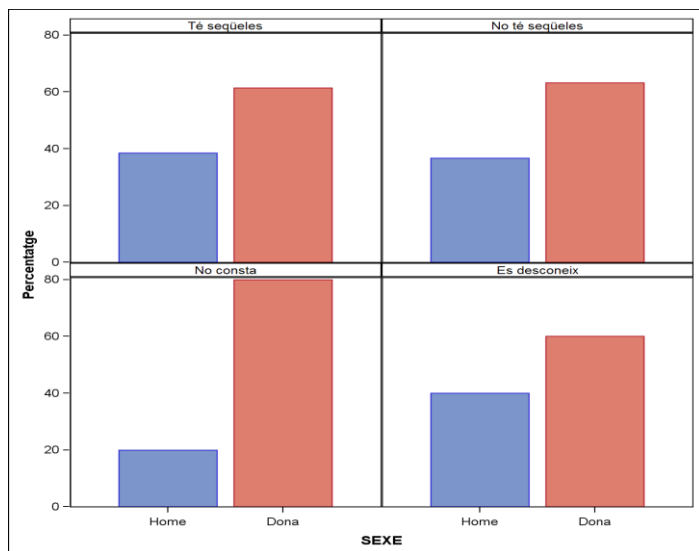


Figura 51. Diferències entre sexe i existència de discapacitats residuals.

Malalt amb seqüeles i tipus d'especialitat. Tal i com s'observa, on es produeixen més seqüeles és en les especialitats quirúrgiques, respecte a les mèdiques (taula 19).

Taula 19. Relació entre especialitats mèdiques i quirúrgiques i l'existència de seqüeles residuals.

	Sí		No		No consta		Es desconeix	
	N	%	N	%	N	%	N	%
		columna		columna		columna		columna
Mèdica	20	18.18	16	32.65	7	23.33	.	.
Quirúrgica	87	79.09	30	61.22	23	76.67	5	100.00
Mèdica i quirúrgica	2	1.82	2	4.08	.	.	.	.
No hi ha especialitat	1	0.91	1	2.04	.	.	.	.
TOTAL	110	100.00	49	100.00	30	100.00	5	100.00

Malalt amb seqüeles i especialitat. Dins les especialitats més freqüentment reclamades, és a dir, aquelles que tenen reclamacions superiors o igual a 10 casos, s'observa que les que tenen més risc de seqüeles són: oftalmologia (24.68%), cirurgia ortopèdica i traumatologia (23.38%) i ginecologia (18.18%) (taula 20).

Taula 20. Especialitats mèdiques en les que més freqüentment hi ha seqüeles.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	N	%	N	%	N	%	N	%
		columna		columna		columna		columna
Ginecologia	14	18.18	7	18.92	3	12.00	.	.
Anestesiologia	5	6.49	2	5.41	1	4.00	.	.
COT	18	23.38	6	16.22	8	32.00	2	50.00
Cirurgia general	5	6.49	4	10.81	4	16.00	.	.
Oftalmologia	19	24.68	3	8.11	1	4.00	.	.
Estomatologia	8	10.39	7	18.92	4	16.00	.	.
Medicina estètica	5	6.49	1	2.70	2	8.00	2	50.00

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	N	%	N	%	N	%	N	%
		columna		columna		columna		columna
Geriatría	1	1.30	1	2.70	.	.	.	.
Medicina interna	1	1.30	2	5.41	2	8.00	.	.
Medicina general	1	1.30	4	10.81	.	.	.	.
TOTAL	77	100.00	37	100.00	25	100.00	4	100.00

Respecte a les especialitats menys reclamades (<10 reclamacions), els resultats obtinguts evidencien que les especialitats quirúrgiques continuen sent les més conflictives: cirurgia plàstica i reparadora (17.14%), cirurgia vascular (17.14%), i neurocirurgia (17.14%) (taula 21).

Taula 21. Relació entre especialitats menys reclamades i existència de seqüeles.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cirurgia plàstica i reparadora	6	17.14	.	.	2	33.33	.	.
Vascular	6	17.14	.	.	.	.	.	.
Medicina de família	1	2.86	1	7.69	1	16.67	.	.
Pediatria	.	.	1	7.69	.	.	.	.
Urologia	2	5.71	3	23.08	.	.	.	.
Hematologia	3	8.57	1	7.69	.	.	.	.
ORL	2	5.71	1	7.69	.	.	1	100.00
Dermatologia	1	2.86	1	7.69	2	33.33	.	.
Psiquiatria	.	.	1	7.69	.	.	.	.
Neurologia	1	2.86	1	7.69	.	.	.	.
Rehabilitació	1	2.86	.	.	.	.	.	.
Cirurgia toràctica	1	2.86	.	.	.	.	.	.
Neurocirurgia	6	17.14	.	.	.	.	.	.
Neurofisiologia clínica	.	.	1	7.69	.	.	.	.
Medicina del treball	.	.	1	7.69	.	.	.	.
Pneumologia	2	5.71	.	.	1	16.67	.	.
Radiologia	2	5.71	.	.	.	.	.	.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Medicina intensiva	.	.	1	7.69	.	.	.
No hi ha especialitat	1	2.86	.	.	.	.	.	.
TOTAL	35	100.00	13	100.00	6	100.00	1	100.00

Malalt amb seqüeles i centre reclamat. Es pot observar que és en els centres privats, hospitals o clíniques, on hi ha més reclamacions de malalts amb seqüeles derivades del procés assistencial (taula 22).

Taula 22. Relació entre existència de seqüeles i característiques del centre assistencial.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	N	% columna	N.	% columna	N	% columna	N	% columna
	Hospital/clínica pública	33	30.00	16	32.65	3	10.00	2	40.00
Hospital/clínica privada	49	44.55	16	32.65	16	53.33	1	20.00
Residència geriàtrica	.	.	1	2.04	.	.	.	.
061	.	.	2	4.08	.	.	.	.
Ambulatori	2	1.82	3	6.12	3	10.00	.	.
Consulta privada	3	2.73	1	2.04	3	10.00	.	.
Centre estètica	2	1.82	.	.	1	3.33	1	20.00
Públic i privat	2	1.82	.	.	1	3.33	.	.
Combinacions anteriors	2	1.82	3	6.12	.	.	.	.
Altres	4	3.64	1	2.04	.	.	.	.
Es desconeix	11	10.00	1	2.04	2	6.67	1	20.00
Mútua	2	1.82	5	10.20	1	3.33	.	.
TOTAL	110	100.00	49	100.00	30	100.00	5	100.00

Seqüeles i situació del malalt. Mentre el malalt està ingressat és quan es produeixen més seqüeles (30%). Per contra, a consultes externes és on hi ha més reclamacions de malalts sense seqüeles (32.65%) (taula 23).

Taula 23. Relació entre l'existència de seqüeles i lloc on es troba el pacient quan és assistit.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malalt ingressat	33	30.00	9	18.37	2	6.67	.	.
Urgències	8	7.27	9	18.37	3	10.00	1	20.00
Consultes externes	22	20.00	16	32.65	12	40.00	2	40.00
Múltiples ingressos	6	5.45	1	2.04	2	6.67	.	.
Cirurgia ambulatoria	5	4.55	1	2.04	2	6.67	.	.
Complicació postalta	30	27.27	8	16.33	8	26.67	2	40.00
Malalt en el domicili	5	4.55	4	8.16	1	3.33	.	.
Altres	.	.	1	2.04	.	.	.	.
Es desconeix	1	0.91	.	.	.	.	.	.
TOTAL	110	100.00	49	100.00	30	100.00	5	100.00

Malalt amb seqüeles i tipus de professional reclamat. En el 90.91% dels casos, quan el malalt té seqüeles, la reclamació es produeix contra l'estament mèdic (figura 52).

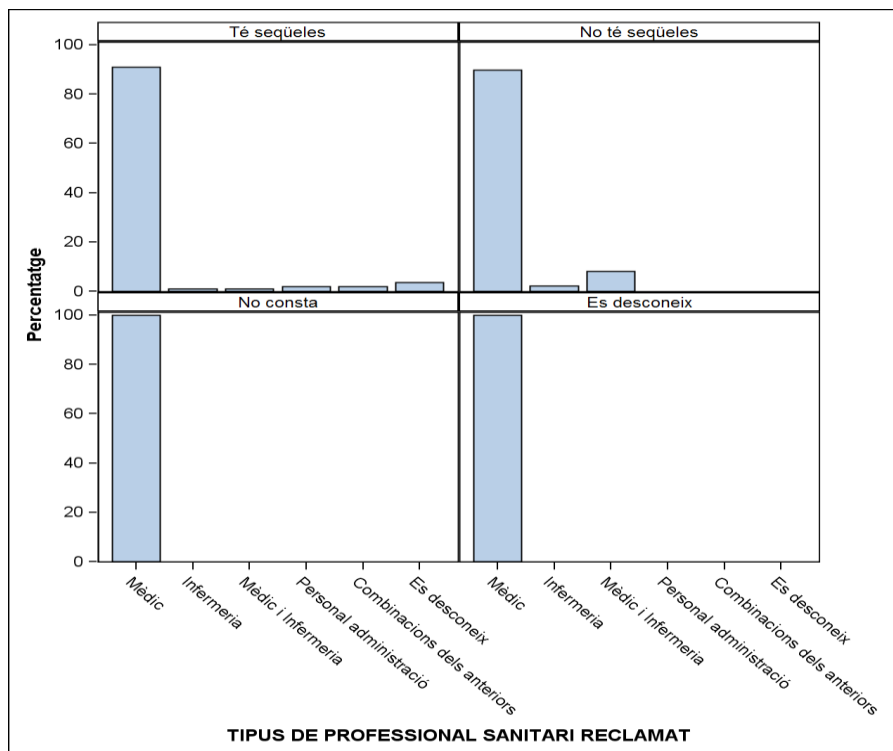


Figura 52. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i tipus de professional contra qui va dirigida la reclamació.

Malalt amb seqüeles i document de consentiment. Quant a l'existència del document de consentiment informat i una reclamació per presumpta mala praxi cal dir que: quan el pacient té seqüeles en el 42.73% dels casos no consta en l'informe pericial cap referència al document de consentiment. En el 37.27% dels casos, el pacient té seqüeles i hi ha document de consentiment. En el 9.09% dels casos, el pacient té seqüeles i no hi ha document de consentiment. En dels casos el pacient té seqüeles i no consta que hi hagi document de consentiment. En el 0.91% dels casos, el document de consentiment es troba incomplet (taula 24).

Taula 24. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i correcta complementació del document de consentiment informat.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	%		%		%		%	
	columna		columna		columna		columna	
	N		N		N		N	
Sí	41	37.27	7	14.29	6	20.00	2	40.00
No	10	9.09	3	6.12	3	10.00	.	.
No cal	11	10.00	22	44.90	10	33.33	2	40.00
No consta que hi sigui	47	42.73	16	32.65	11	36.67	1	20.00
Incomplert	1	0.91	1	2.04	.	.	.	.
TOTAL	110	100.00	49	100.00	30	100.00	5	100.00

Valoració de la praxi mèdica per part del metge forense. S'observa que en el 70% dels casos en què el malalt té seqüeles la valoració de la praxi assistencial per part del metge forense és que no hi ha mala praxi (taula 25).

Taula 25. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i la valoració de la praxi per part del metge forense.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	%		%		%		%	
	columna		columna		columna		columna	
	N		N		N		N	
Sí és mala praxi	17	15.45	5	10.20	4	13.33	.	.
No és mala praxi	77	70.00	44	89.80	20	66.67	2	40.00
No hi ha elements suficients	2	1.82	.	.	1	3.33	.	.
Indeterminat	1	0.91	.	.	1	3.33	.	.
Es desconeix	13	11.82	.	.	4	13.33	3	60.00
TOTAL	110	100.00	49	100.00	30	100.00	5	100.00

5.2.1.3 Bivariant de la variable «malalt mort»

Malalt mort i via d'inici de reclamació. Es pot observar que en els casos en què el pacient ha mort, la via d'inici més habitual de reclamació és la via penal i a través de la interposició d'una denúncia (39.56%). En segon lloc, la via d'inici més freqüent és la penal indeterminada (30.77%) i, en tercer lloc, la querella (19.78%). Es pot concloure, per tant, que la via d'inici més freqüent de reclamació és la via penal (figura 53).

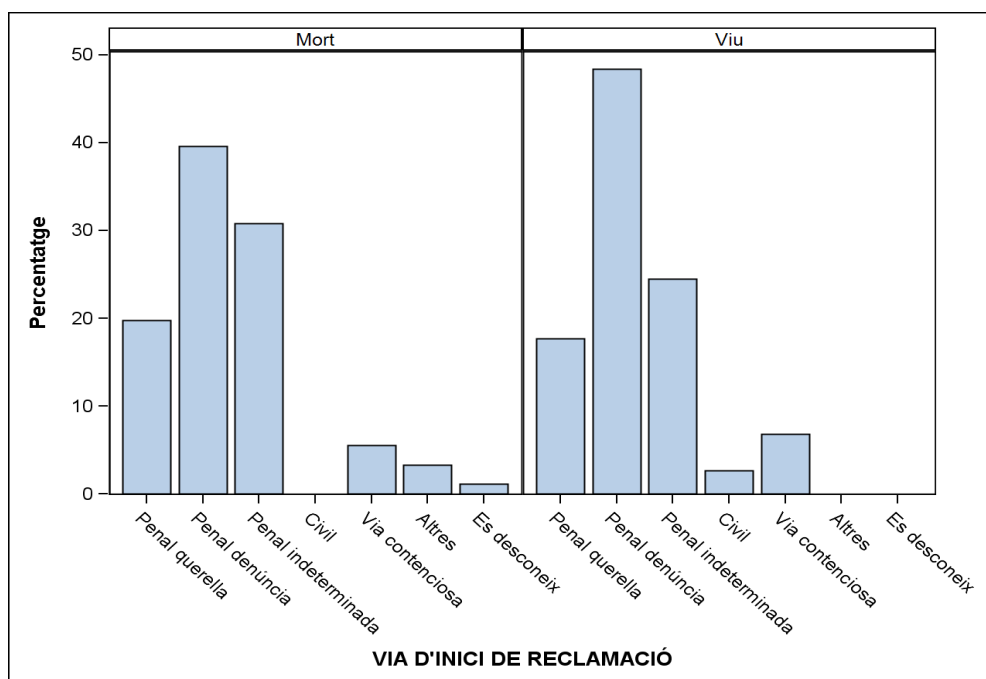


Figura 53. Relació entre la mort del pacient i via d'inici d'una reclamació per mala praxi.

Nombre de metges forenses que signen. Tant si el pacient ha mort o no, el més habitual és que sigui un únic metge forense el que realitzi l'informe pericial (taula 26).

Taula 26. Relació entre pacient mort i nombre de metges forenses signants.

	Malalt mort		Malalt viu	
	N	%	N	%
1	63	69.23	141	73.44

	Malalt mort		Malalt viu	
	N	%	N	%
2	28	30.77	51	26.56
TOTAL	91	100.00	192	100.00

Suport especialitzat. Tant si el pacient ha mort o no, el més freqüent és que l'informe pericial s'emeti sense suport especialitzat (taula 27).

Taula 27. Relació entre pacient mort i emissió de pericial forense amb suport especialitzat.

	Malalt mort		Malalt viu	
	N	%	N	%
No	80	87.91	129	67.19
Especialista forense	8	8.79	55	28.65
Especialista Acadèmia	3	3.30	8	4.17
TOTAL	91	100.00	192	100.00

Motiu de reclamació. Quan s'ha produït la mort del pacient, que en el nostre cas correspon a un total de 91 pacients morts (32.1%), es pot observar que els motius més habituals de reclamació són: el control evolutiu deficient i l'error diagnòstic (14.56%) i, en segon lloc, el retard assistencial (13.59%). Altres motius de reclamació són: la mala tècnica quirúrgica i mal resultat (10.68%) i complicacions evolutives (7.77%), com a dades més rellevants.

Quan el pacient no ha mort (192 casos, 67.8%), el motiu més habitual de reclamació és el mal resultat (32.03%), seguit de la mala tècnica quirúrgica (16.80%), complicacions evolutives (11.33%), error diagnòstic i terapèutica inadequada (7.03%), i retard diagnòstic (5.08%) com a més importants (taula 28).

Taula 28. Relació entre la mort del pacient i el motiu de reclamació.

	Sí ha mort		No ha mort	
	%		%	
	N	columna	N	columna
Control evolutiu deficient	15	14.56	10	3.91
Error diagnòstic	15	14.56	18	7.03
Mala tècnica quirúrgica	11	10.68	43	16.80
Complicació anestèsia	2	1.94	8	3.13
Mal resultat	11	10.68	82	32.03
Retard diagnòstic	5	4.85	13	5.08
Complicacions evolutives	8	7.77	29	11.33
Retard trasllat a centre assistencial	7	6.80	3	1.17
Infeccions	5	4.85	12	4.69
Complicació quirúrgica	4	3.88	9	3.52
Retard assistencial	14	13.59	11	4.30
Terapèutica inadequada	6	5.83	18	7.03
TOTAL	103	100.00	256	100.00

Hi ha diferències estadísticament significatives que són degudes al fet que les distribucions dels motius de reclamació són diferents segons si el malalt és mort o no (taula 29).

Taula 29. Anàlisi estadística.

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	11	50.1899	<.0001

Hi ha diferències estadísticament significatives entre les dues variables analitzades que són degudes al fet que les distribucions dels motius de reclamació són diferents segons si el malalt és mort o no.

Malalt mort i altres motius de reclamació. Respecte a aquells motius de reclamació que tenen una freqüència inferior a 10 casos, quan el pacient ha mort, els més rellevants han estat: falta de mesures de seguretat (23.53%); alta

precipitada (17.65%); falta d'indicació de proves complementàries i denegació del deure del socors (11.76%) (taula 30).

Taula 30. Relació entre la mort del pacient i altres motius de reclamació.

	Sí ha mort		No ha mort	
	%		%	
	column		column	
	N	a	N	a
Exploració clínica incorrecta	.	.	3	9.09
Falta indicació proves complementàries	2	11.76	3	9.09
Alta precipitada	3	17.65	2	6.06
Cossos estranys a l'organisme	1	5.88	8	24.24
Error extremitat intervinguda	.	.	2	6.06
Defecte informació/consentiment	2	11.76	4	12.12
Vigilància infermeria incorrecta	2	11.76	.	.
Error prescripció terapèutica	.	.	4	12.12
Manca de titulació	.	.	1	3.03
Denegació deure socors	2	11.76	.	.
Efectes indesitjables medicació	1	5.88	3	9.09
Procediment innecessari	.	.	2	6.06
Falta mesures de seguretat	4	23.53	1	3.03
TOTAL	17	100.00	33	100.00

Edat. En els malalts que han mort, la mitjana d'edat és 56.25 anys i la mediana, 57. En els malalts que no han mort, la mitjana d'edat és 43.533 i la mediana, 43.5.

Hi ha diferències estadísticament significatives. La mediana de l'edat és estadísticament més alta en els malalts morts que en els que no han mort (figura 54).

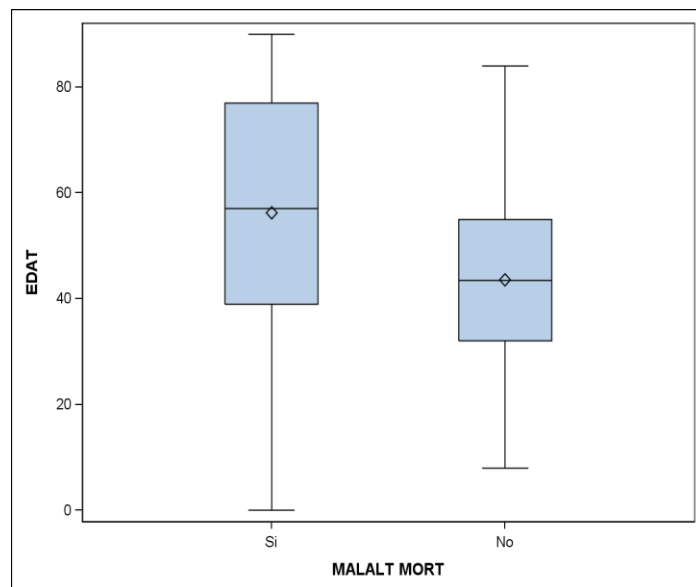


Figura 54. Mitjana d'edat en anys dels pacients que han mort en relació als que no.

Sexe. Respecte al sexe, es pot observar que és més freqüent que el pacient mort correspongui al sexe femení (59.34%) que no pas al masculí (40.66%).

Igualment, en la circumstància del subjecte viu, també està més afectat el sexe femení (64.40%) respecte al masculí (35.60%) (figura 55).

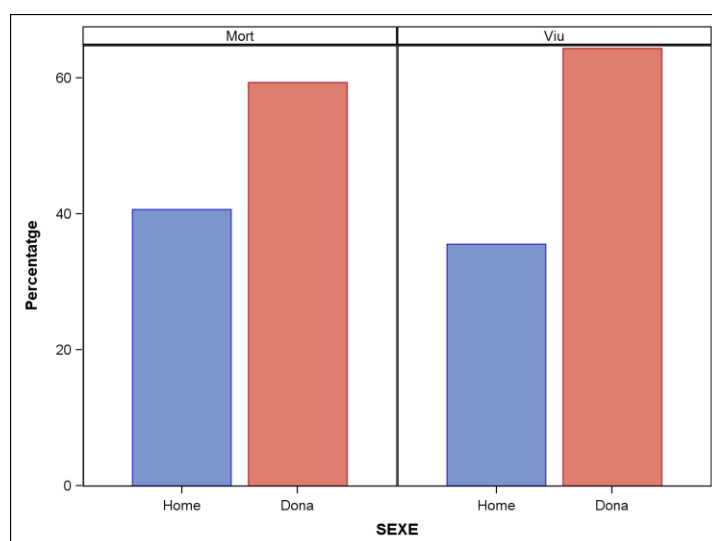


Figura 55. Relació entre la mort del pacient i el sexe.

A la prova chi-quadrat, obtenim un $p,valor > 0.05$, per tant, no hi ha diferències estadísticament significatives.

Pacient mort i tipus d'especialitat. La mort dels pacients es produeix tant si l'especialitat és mèdica com quirúrgica; de fet, els percentatges de morts són els mateixos: 48.35% en especialitat mèdica i, també, en la quirúrgica (taula 31).

Taula 31. Relació entre la mort del pacient i les especialitats segons siguin mèdiques o quirúrgiques.

	Malalt mort		Malalt viu	
	%		%	
	N	columna	N	columna
Mèdica	44	48.35	41	21.35
Quirúrgica	44	48.35	145	75.52
Mèdica i quirúrgica	1	1.10	4	2.08
No hi ha especialitat	2	2.20	2	1.04
TOTAL	91	100.00	192	100.00

Pacient mort i especialitat. Segons els nostres resultats, cirurgia general és l'especialitat en què es produeixen més pacients morts (20.29%). En segon lloc, trobem medicina general, entenent-se com l'assistència urgent (17.39%). En tercer lloc, ginecologia i obstetrícia (15.94%). En el cas de geriatria, la mort es produeix en el 14.49%. Tant en medicina interna com en traumatologia, la mort dels malalts es produeix en el 13.04%. En darrer lloc, es troba anestesiologia i medicina estètica (2.90%) (figura 56).

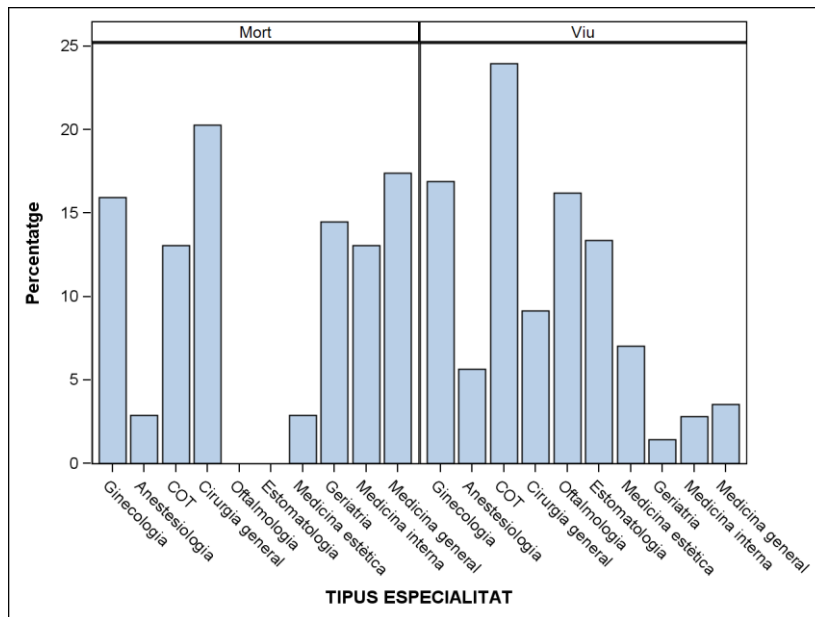


Figura 56. Frequència de pacients morts en funció de l'especialitat.

Malalt mort i tipus de centre reclamat. Respecte als centres assistencials on es produeixen més morts, es pot observar que és als hospitals o clíniques privades i durant el procés assistencial: un 37.36% dels casos, enfront del 29.67% dels hospitals o clíniques de caràcter públic.

Respecte al Servei d'Emergències Mèdiques (SEM/061), la mort dels malalts es produeix en el 9.89% dels casos. En les residències geriàtriques, en el 7.69%. En els darrers llocs trobem els ambulatoris (3.30%) i les consultes privades (1.10%) (figura 57).

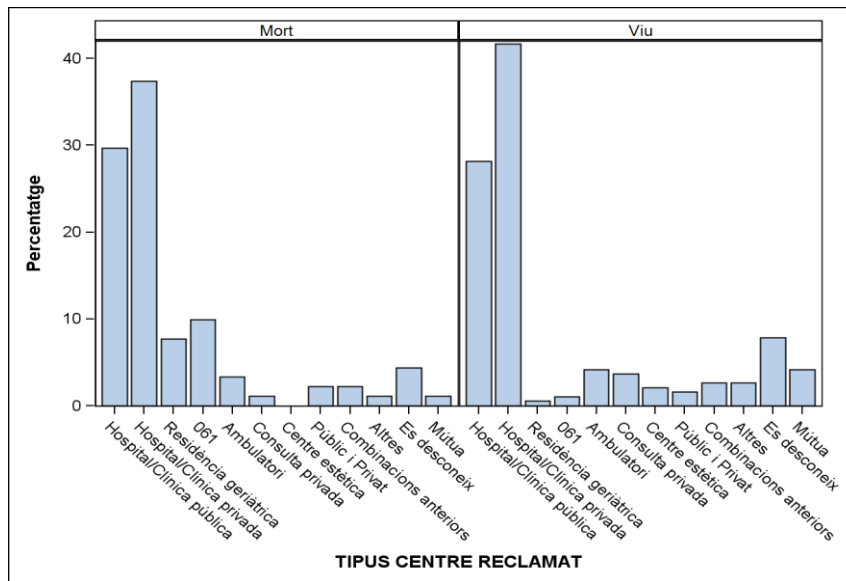


Figura 57. Relació entre la mort del pacient i tipus de centre reclamat.

Mort i situació del malalt. Es pot observar que és durant l'ingrés hospitalari quan es produeixen més morts de pacients, en concret es pot afirmar que en el 70.33% dels casos en què el pacient ha mort, es trobava ingressat al centre hospitalari.

El segon lloc on es produeixen més morts és en el servei d'urgències (9.89%), Seguit de les morts domiciliàries (8.79%).

En el 6.59% dels casos s'ha produït la mort cop el pacient ha estat donat d'alta hospitalària.

Finalment, on es produeixen menys morts és a consultes externes (2.20%) (figura 58).

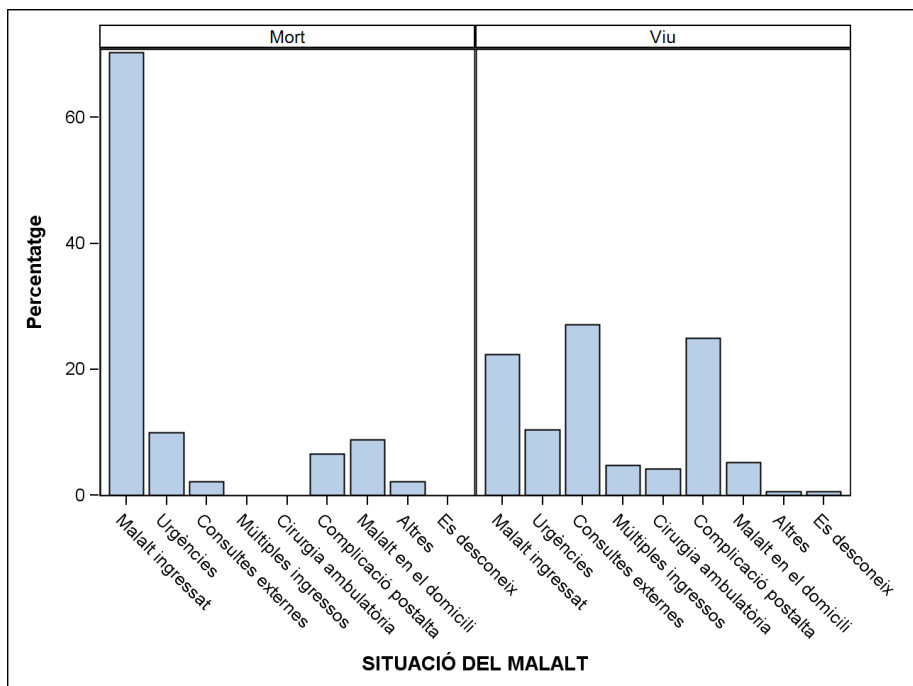


Figura 58. Lloc on es troba el pacient quan es produeix la mort.

Valoració de la praxi per part del metge forense. Tot i que s'hagi produït la mort del pacient en el 71.43% dels casos, el metge forense valora la praxi assistencial com a correcta o sense mala praxi. Només en el 15.38% es considera que hi ha mala praxi (figura 59).

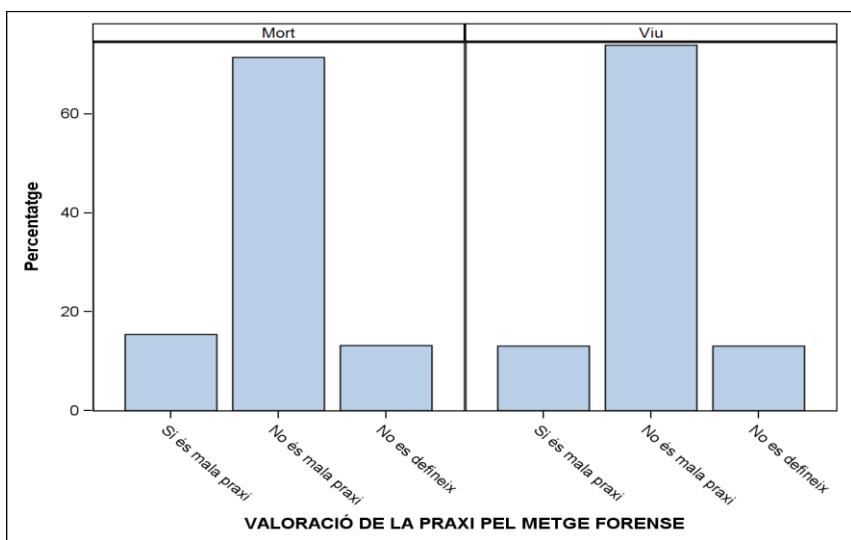


Figura 59. Valoració de la praxi assistencial del metge forense quan es produeix la mort del pacient

Tipus de mala praxi. En el 64.29% casos que hi ha hagut una valoració pericial de mala praxi, s'ha considerat com a mala praxi professional. Mentre que en el 21.43% dels casos, la mort ha estat produïda per una mala praxi derivada de mala organització assistencial (figura 60).

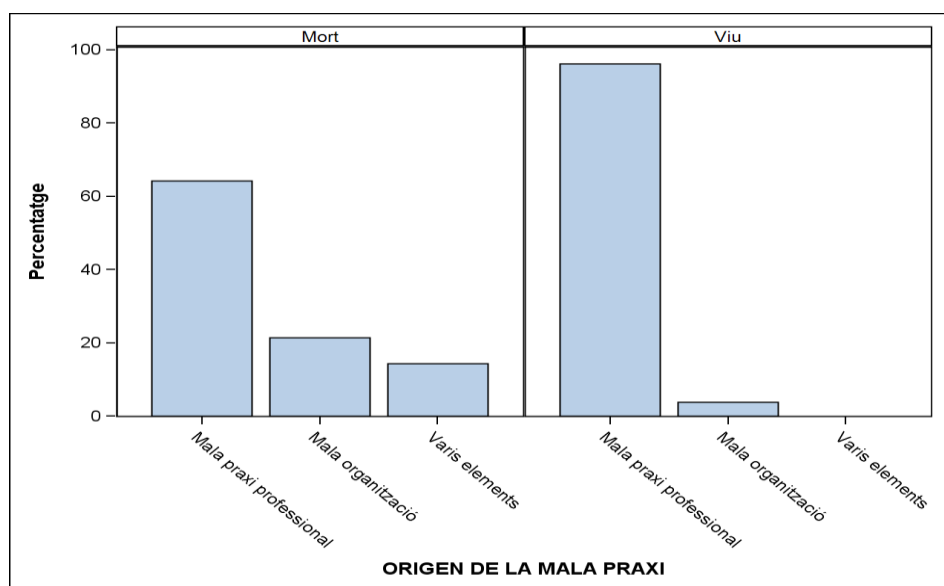


Figura 60. Origen de la mala praxi quan es produeix la mort del pacient, segons la pericial emesa pel metge forense.

5.2.1.4 Bivariant de la variable «motius de reclamació»

Motiu de reclamació més freqüent i tipus d'especialitat. Quan el motiu de reclamació és el control evolutiu deficient, error diagnòstic i complicació anestèsica, hi ha més casos en què el tipus d'especialitat és mèdica (amb percentatges 52%, 51% i 70%, respectivament).

Si el motiu de reclamació és la mala tècnica quirúrgica, l'especialitat reclamada és quirúrgica.

En els motius de reclamació pel mal resultat (77.42%), retard diagnòstic (72.22%) i complicacions evolutives (94.59%), hi ha més casos en què l'especialitat és quirúrgica.

Quan el motiu de reclamació és el retard de trasllat a centre assistencial (90%) l'especialitat és mèdica.

En els motius de reclamació per infeccions (64.71%), complicació quirúrgica (84.62%), retard assistencial (68%) i terapèutica inadequada (58.33%), hi ha més casos en què l'especialitat és quirúrgica (figures 61, 62, 63).

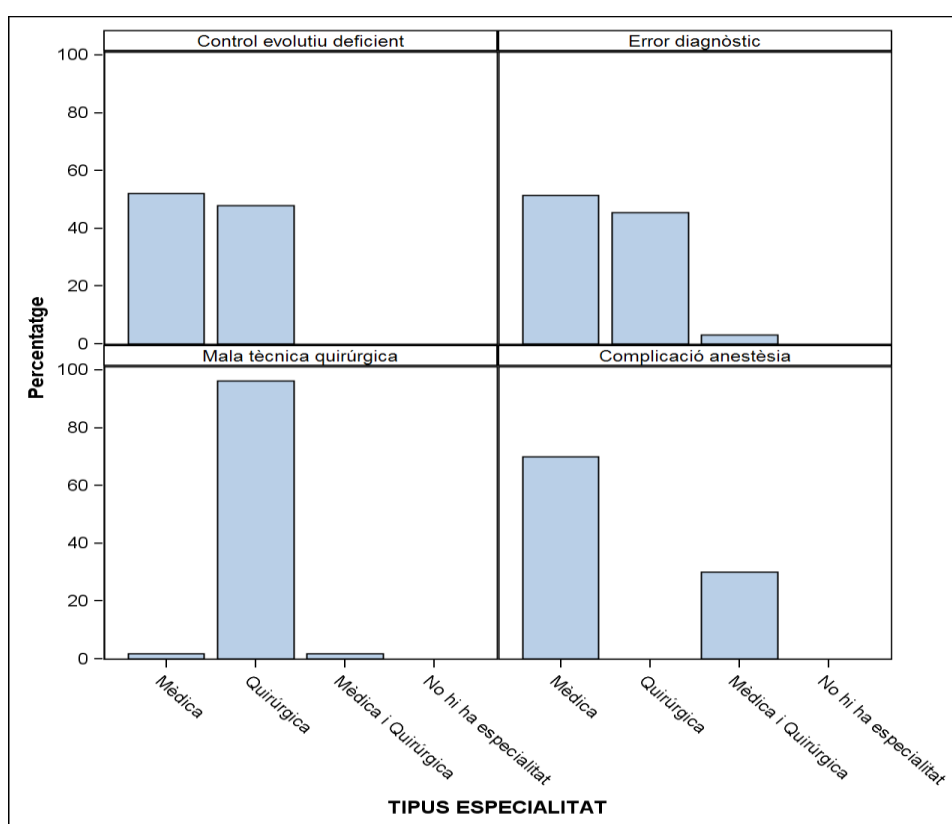


Figura 61. Motiu de reclamació més freqüent en funció de si es tracta d'una especialitat mèdica o quirúrgica.

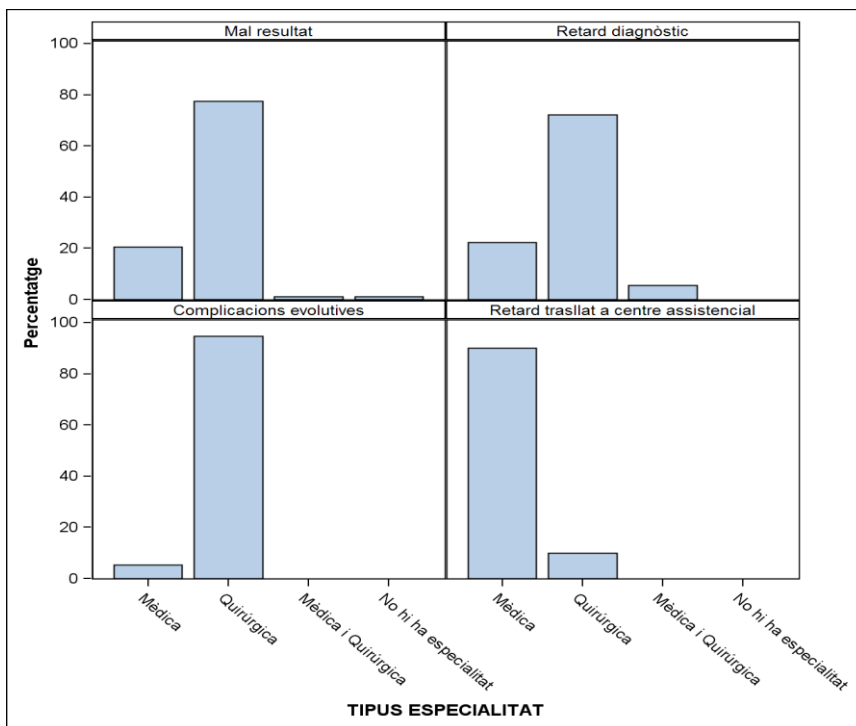


Figura 62. Motiu de reclamació més freqüent en funció de si es tracta d'una especialitat mèdica o quirúrgica.

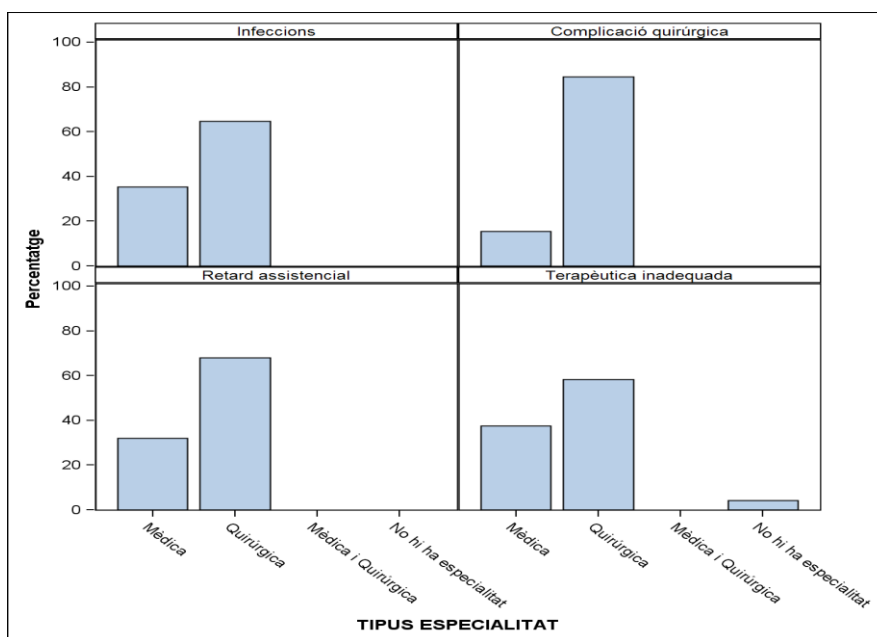


Figura 63. Motiu de reclamació més freqüent en funció de si es tracta d'una especialitat mèdica o quirúrgica.

Especialitat i motiu de reclamació. Si analitzem les especialitats més freqüentment reclamades quin és el motiu de reclamació, observem que pel que fa les especialitats surten més casos que els que hi ha en els descriptius; això és perquè en una mateixa especialitat hi pot haver-hi més d'un motiu de reclamació (taules 32, 33, 34).

Taula 32. Motiu de reclamació més freqüent en les diferents especialitats.

	Ginecologia		Anestesiologia		COT		Cirurgia general	
	N	% Columna	N	% Columna	N	% Columna	N	% Columna
Exploració clínica incorrecta	2	3.85	.	.	.	.	.	.
Falta indicació proves complementàries	.	.	.	.	2	3.13	.	.
Control evolutiu deficient	6	11.54	.	.	.	.	4	11.43
Error diagnòstic	5	9.62	.	.	6	9.38	3	8.57
Mala tècnica quirúrgica	5	9.62	1	7.69	8	12.50	8	22.86
Complicació anestèsica	1	1.92	9	69.23	1	1.56	.	.
Alta precipitada	.	.	.	.	1	1.56	.	.
Cossos estranys a l'organisme	8	15.38	.	.	.	.	1	2.86
Error extremitat intervinguda	.	.	.	.	2	3.13	.	.
Defecte informació/consentiment	2	3.85	.	.	.	.	.	.
Mal resultat	4	7.69	3	23.08	12	18.75	3	8.57
Vigilància infermeria incorrecte	1	1.92	.	.	.	.	.	.
Error prescripció terapèutica	.	.	.	.	1	1.56	1	2.86
Manca de titulació	.	.	.	.	.	.	.	.
Denegació deure socors	.	.	.	.	.	.	1	2.86
Retard diagnòstic	3	5.77	.	.	7	10.94	.	.
Complicacions evolutives	2	3.85	.	.	7	10.94	10	28.57
Efectes indesitjables medicació	.	.	.	.	1	1.56	.	.
Retard trasllat a centre assistencial	.	.	.	.	.	.	.	.
Infeccions	2	3.85	.	.	4	6.25	.	.
Complicació quirúrgica	2	3.85	.	.	2	3.13	2	5.71
Retard assistencial	5	9.62	.	.	5	7.81	1	2.86

	Ginecologia		Anestesiologia		COT		Cirurgia general	
	%		%		%		%	
	N	Columna	N	Columna	N	Columna	N	Columna
Procediment innecessari	.	.	.	.	.	.	1	2.86
Falta mesures de seguretat	.	.	.	.	1	1.56	.	.
Terapèutica inadequada	4	7.69	.	.	4	6.25	.	.
TOTAL	52	100.00	13	100.00	64	100.00	35	100.00

Taula 33. Motiu de reclamació més freqüent en les diferents especialitats.

	Oftalmologia		Estomatologia		Medicina estètica	
	%		%		%	
	N	Columna	N	Columna	N	Columna
Exploració clínica incorrecta	1	2.38	.	.	.	.
Falta indicació proves complementàries	1	2.38	.	.	.	.
Control evolutiu deficient	.	.	.	.	.	.
Error diagnòstic	2	4.76	.	.	.	.
Mala tècnica quirúrgica	10	23.81	7	25.00	.	.
Complicació anestèsica	.	.	.	.	.	.
Alta precipitada	.	.	.	.	.	.
Cossos estranys a l'organisme	.	.	.	.	.	.
Error extremitat intervinguda	.	.	.	.	.	.
Defecte informació/consentiment	.	.	.	.	.	.
Mal resultat	18	42.86	13	46.43	10	66.67
Vigilància infermeria incorrecte	.	.	.	.	.	.
Error prescripció terapèutica	.	.	.	.	.	.
Manca de titulació	.	.	1	3.57	.	.
Denegació deure socors	.	.	.	.	.	.
Retard diagnòstic	.	.	.	.	.	.
Complicacions evolutives	5	11.90	3	10.71	1	6.67
Efectes indesitjables medicació	.	.	.	.	.	.
Retard trasllat a centre assistencial	.	.	1	3.57	.	.
Infeccions	.	.	2	7.14	1	6.67

	Oftalmologia		Estomatologia		Medicina estètica	
	N	%	N	%	N	%
		Columna		Columna		Columna
Complicació quirúrgica	1	2.38	.	.	.	.
Retard assistencial	1	2.38	.	.	.	.
Procediment innecessari	.	.	1	3.57	.	.
Falta mesures de seguretat	.	.	.	.	1	6.67
Terapèutica inadequada	3	7.14	.	.	2	13.33
TOTAL	42	100.00	28	100.00	15	100.00

Taula 34. Motiu de reclamació més freqüent en les diferents especialitats.

	Geriatrics		Medicina interna		Medicina general	
	N	%	N	%	N	%
		Columna		Columna		Columna
Exploració clínica incorrecta
Falta indicació proves complementàries	.	.	1	5.56	.	.
Control evolutiu deficient	8	50.00	3	16.67	1	5.26
Error diagnòstic	.	.	3	16.67	7	36.84
Mala tècnica quirúrgica
Complicació anestèsica
Alta precipitada	1	6.25	2	11.11	.	.
Cossos estranys a l'organisme
Error extremitat intervinguda
Defecte informació/consentiment
Mal resultat	.	.	3	16.67	.	.
Vigilància infermeria incorrecte
Error prescripció terapèutica
Manca de titulació
Denegació deure socors	1	5.26
Retard diagnòstic	.	.	1	5.56	.	.
Complicacions evolutives	1	6.25	.	.	.	.
Efectes indesitjables medicació	.	.	2	11.11	.	.
Retard trasllat a centre assistencial	1	6.25	.	.	8	42.11
Infeccions

	Geriatria		Medicina interna		Medicina general	
	N	%	N	%	N	%
		Columna		Columna		Columna
Complicació quirúrgica	.	.	.	.	.	.
Retard assistencial	1	6.25	3	16.67	2	10.53
Procediment innecessari	.	.	.	.	.	.
Falta mesures de seguretat	1	6.25	.	.	.	.
Terapèutica inadequada	3	18.75	.	.	.	.
TOTAL	16	100.00	18	100.00	19	100.00

Podem observar que en el cas de la ginecologia i obstetrícia, el motiu més freqüent de reclamació és la presència de cossos estranys a l'organisme, seguit de control evolutiu deficient.

En el cas de l'anestesiologia és la complicació anestèsica mentre que el motiu més freqüent de reclamació en el cas de la traumatologia, és el mal resultat terapèutic. En la cirurgia general, el motiu més freqüent de reclamació és l'existència de complicacions evolutives al llarg del procés assistencial.

Observem que el mal resultat com a principal motiu de reclamació és comú a oftalmologia, medicina estàtica i estomatologia.

En el cas de la geriatria, és el dèficit de control evolutiu igual que medicina interna, que també és reclama per retard assistencial, error diagnòstic i mal resultat. En el cas de medicina general, és el retard de trasllat a un centre assistencial el motiu més freqüent de reclamació.

Cal dir, que si valorem la ginecologia de forma separada respecte a l'obstetrícia, els motius de reclamació més freqüents en obstetrícia són: mort fetal 8 casos (32%), seqüeles en el fetus 7 casos (28%), seqüeles maternes 3 casos (12%), mort materna 1 cas (4%), retard diagnòstic 1 cas (4%) i complicacions evolutives 1 cas (4%), com a dades més rellevants.

Motiu de reclamació i tipus de centre reclamat. Quan es produeix una reclamació per control evolutiu deficient (40%), mala tècnica quirúrgica

(57.41%) i complicació anestèsica (60%), hi ha més casos en què el centre reclamat és un hospital o clínica privada.

En canvi, quan el motiu de reclamació és l'error diagnòstic, tant afecta els centres privats com els públics (30.30% en cada cas) (figura 64).

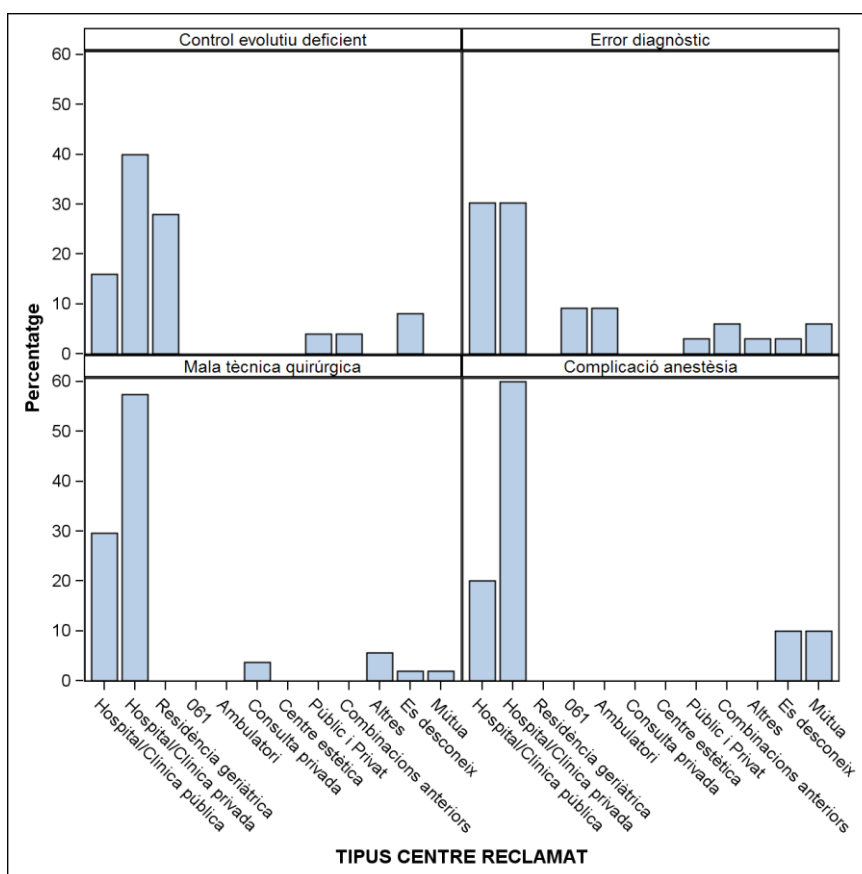


Figura 64. Relació entre motiu de reclamació i tipus de centre reclamat.

Quan els motius de reclamació són el mal resultat (48.39%) o bé les complicacions evolutives durant el procés assistencial (48.65%), la reclamació va dirigida preferentment contra centres assistencials de caràcter privat.

És rellevant el fet que les reclamacions per retard diagnòstic afecten més els centres de caràcter públic, en concret en un 33.33% dels casos.

Finalment, quan el que es produeix és un retard de trasllat a centre assistencial, és el Servei d'Emergències Mèdiques el reclamat per aquest motiu (60%) (figura 65).

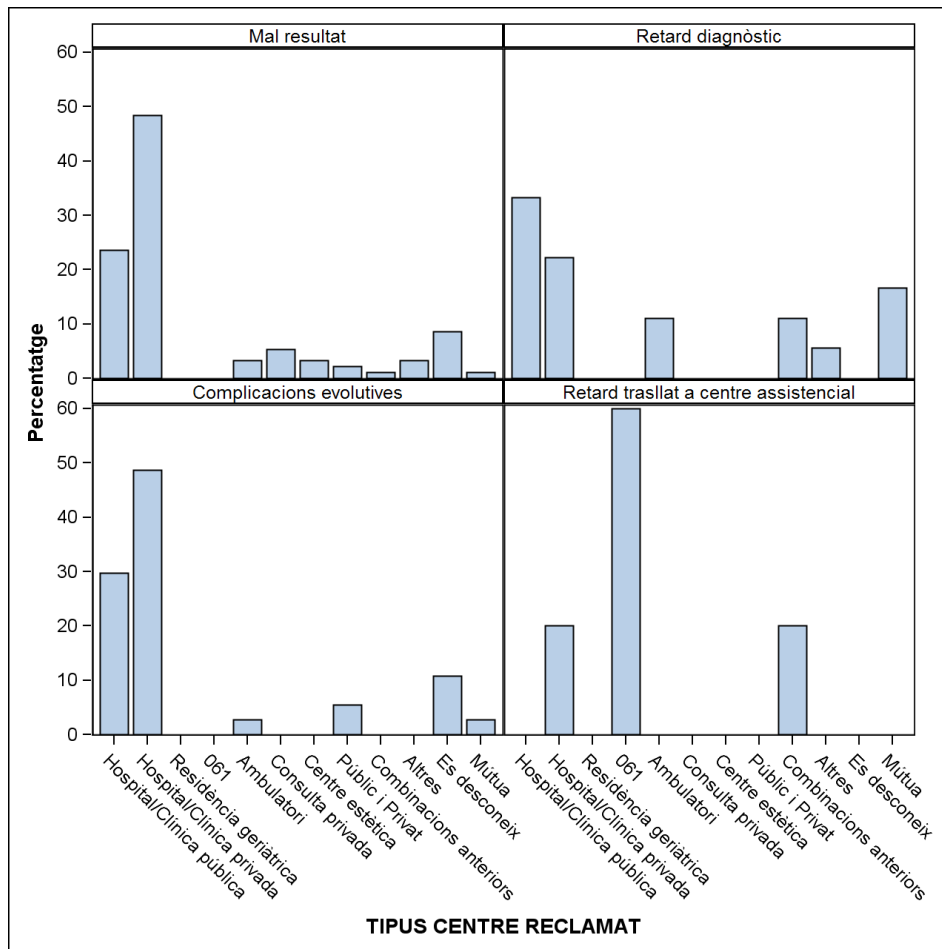


Figura 65. Relació entre el motiu de reclamació i tipus de centre reclamant.

Respecte a les reclamacions per infeccions, en el 41.18% dels casos afecten centres de caràcter privat.

Les complicacions quirúrgiques (53.85%), retard assistencial (40%) i terapèutica inadequada (33.33%), són motius de reclamació que afecten més els centres de caràcter públic (figura 66).

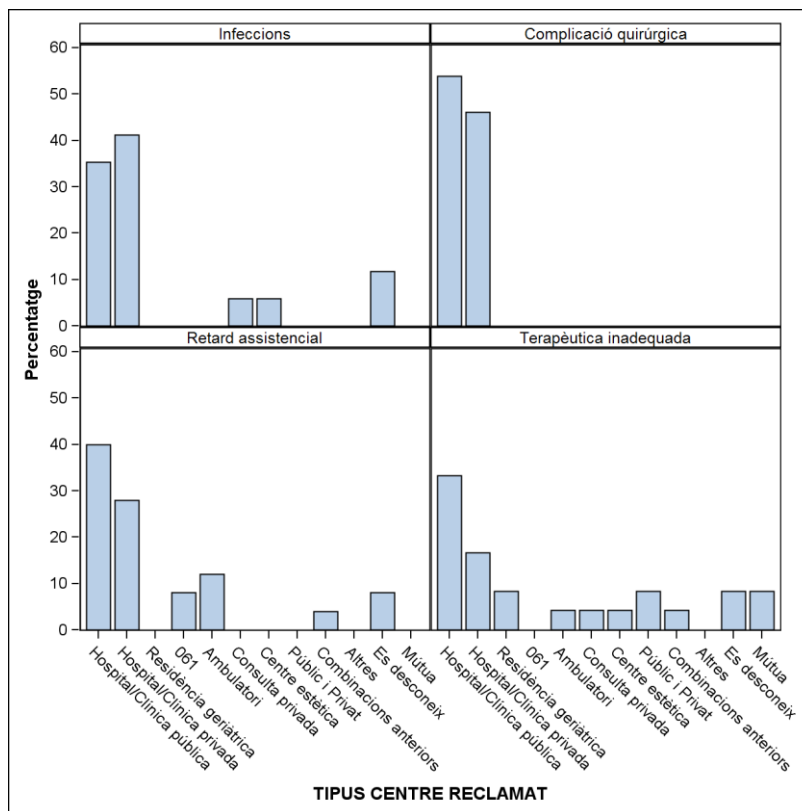


Figura 66. Relació entre el motiu de reclamació i tipus de centre reclamat.

Motiu de reclamació i situació del malalt. Es pot observar que quan el malalt reclama per un dèficit de control evolutiu, en el 80% dels casos es troba ingressat, en un 12% dels casos és perquè apareix una complicació postalta hospitalària i en el 8% dels casos es troba en el servei d'urgències.

Quan es produeix una reclamació per error diagnòstic, en el 36.36% dels casos, el malalt es troba en el servei d'urgències, en el 24.24% dels casos es troba ingressat i en el 18.18% dels casos, realitza seguiment a consultes externes.

Respecte a les reclamacions per mala tècnica quirúrgica, en el 38.89% dels casos el pacient es troba ingressat.

Respecte a les complicacions anestèsiques, en el 90% dels casos el pacient es troba ingressat.

Quan el motiu de reclamació és el mal resultat, en el 27.96% dels casos el pacient es troba realitzant un seguiment a consultes externes. El mateix passa respecte al retard diagnòstic, en el qual en el 38.59% dels casos el pacient es troba a consultes externes.

Respecte a les complicacions evolutives com a motiu de reclamació, en el 45.95% dels casos el pacient es troba ingressat.

En el 70% dels casos en què el malalt al·ludeix retard de trasllat a centre assistencial, aquest es troba en el domicili.

Quan el motiu de reclamació són les infeccions, el més freqüent és que el pacient hagi estat donat d'alta hospitalària (25.81%). Dit d'una altra manera, les infeccions es produeixen més habitualment com una complicació postalta hospitalària.

Quan el motiu de reclamació és terapèutica inadequada, el més freqüent és que pacient es trobi realitzant seguiment a consultes externes (41.67%) (figures 67 i 68).

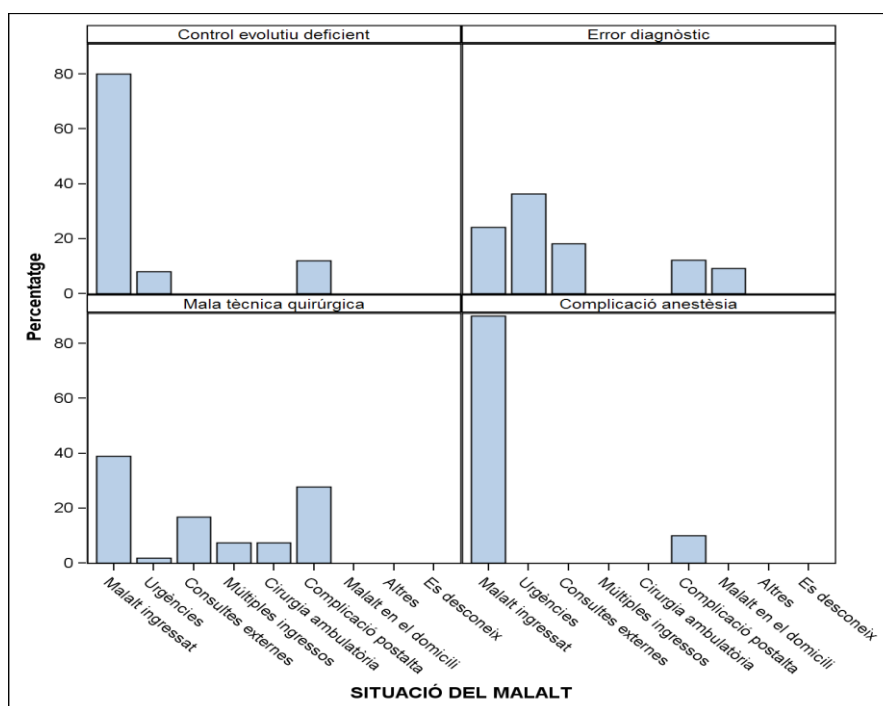


Figura 67. Relació entre el motiu de reclamació i situació del malalt en el moment de produir-se l'incident terapèutic

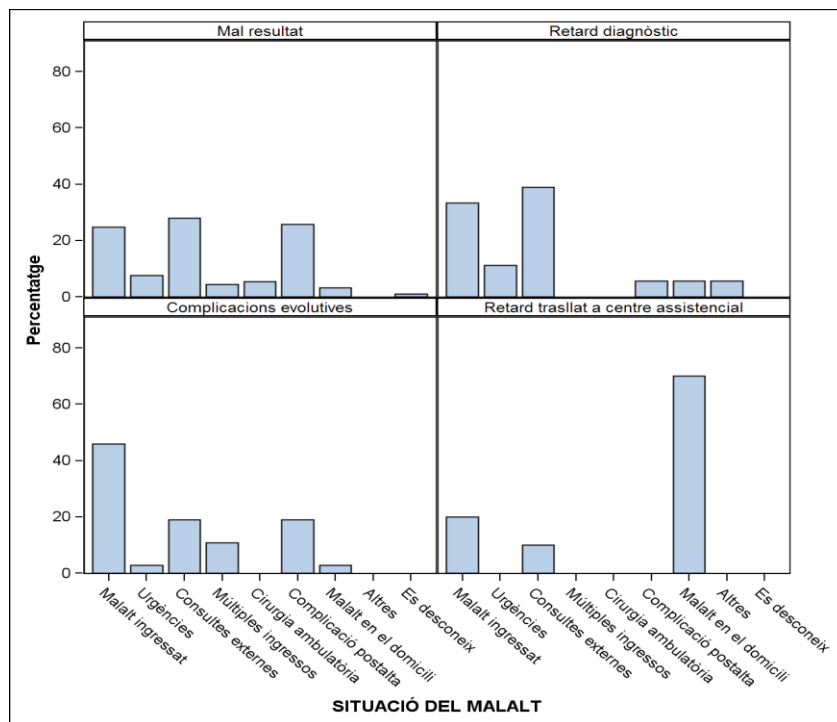


Figura 68. Relació entre el motiu de reclamació i situació del malalt en el moment de produir-se l'incident assistencial.

Motiu de reclamació i document de consentiment. Quan els motius de reclamació són mala tècnica quirúrgica (46.30%), complicació anestèsica (50%), mal resultat (39.78%), complicacions evolutives i complicacions quirúrgiques (59.46%), el més freqüent és que hi hagi el document de consentiment complimentat.

Quan les reclamacions són per error diagnòstic, control evolutiu deficient, retard diagnòstic, retard assistencial i terapèutica inadequada, no hi ha document de consentiment perquè no és necessari que existeixi ateses les característiques del procés assistencial (figures 69 i 70).

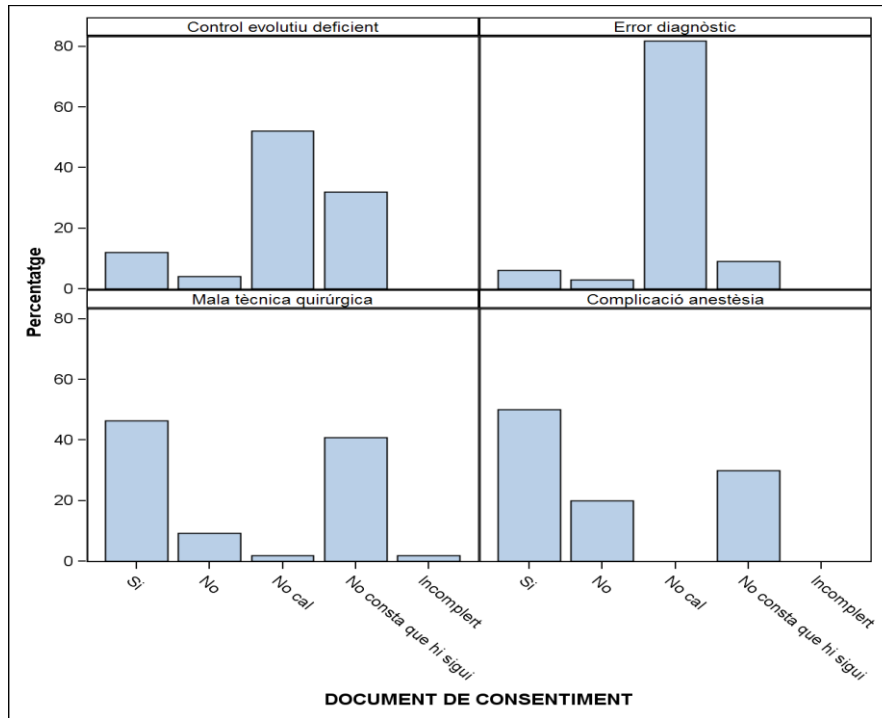


Figura 69. Relació entre el motiu de reclamació i la complementació del document de consentiment informat.

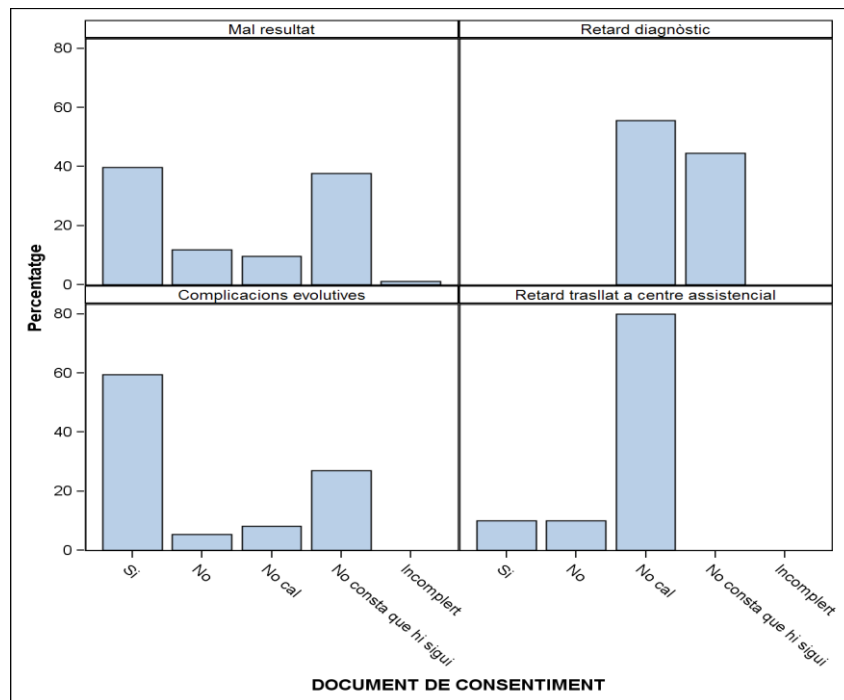


Figura 70. Relació entre el motiu de reclamació i l'adequada complementació del document de consentiment informat.

Motiu de reclamació i valoració de la praxi per part del metge forense. En els casos en què el motiu de la reclamació és: control evolutiu deficient, error diagnòstic, mala tècnica quirúrgica, complicació anestèsica, mal resultat, retard diagnòstic, complicacions evolutives, retard de trasllat a centre assistencial, infeccions, complicacions quirúrgiques, retard assistencial i terapèutica inadequada, la valoració pericial de la praxi assistencial per part del metge forense és que no hi ha mala praxi en major percentatge de casos respecte a valoració que sí ho és (taules 35, 36, 37).

Taula 35. Valoració de la praxi pel metge forense en funció del motiu de reclamació.

	Control evolutiu deficient				Mala tècnica quirúrgica		Complicació anestèsia	
	%		%		%		%	
	N	columna	N	columna	N	columna	N	columna
Sí és mala praxi	8	32.00	3	9.09	8	14.81	.	.
No és mala praxi	15	60.00	30	90.91	39	72.22	8	80.00
No es defineix	2	8.00	.	.	7	12.96	2	20.00
TOTAL	25	100.00	33	100.00	54	100.00	10	100.00

Taula 36. Valoració de la praxi pel metge forense en funció del motiu de reclamació.

	Mal resultat		Retard diagnòstic		Complicacions evolutives		Retard trasllat a centre assistencial	
	%		%		%		%	
	N	columna	N	columna	N	columna	N	columna
Sí és mala praxi	14	15.05	1	5.56	4	10.81	3	30.00
No és mala praxi	67	72.04	15	83.33	28	75.68	5	50.00
No es defineix	12	12.90	2	11.11	5	13.51	2	20.00
TOTAL	93	100.00	18	100.00	37	100.00	10	100.00

Taula 37. Valoració de la praxi per part del metge forense, en funció del motiu de reclamació.

	Infeccions		Complicació quirúrgica		Retard assistencial		Terapèutica inadequada	
	%		%		%		%	
	N	columna	N	columna	N	columna	N	columna
Sí és mala praxi	1	5.88	.	.	1	4.00	5	20.83
No és mala praxi	15	88.24	8	61.54	19	76.00	17	70.83
No es defineix	1	5.88	5	38.46	5	20.00	2	8.33
TOTAL	17	100.00	13	100.00	25	100.00	24	100.00

Motiu de la reclamació i origen de la mala praxi. En tots els motius de reclamació avaluats, s'observa que l'origen de la mala praxi és de tipus professional, excepte en el cas en què es produeix un retard de trasllat a centre assistencial, circumstància que indica un dèficit d'organització, o bé en el cas de retard assistencial en què a més de la mala praxi professional s'avalua un dèficit d'organització assistencial (figures 71, 72, 73).

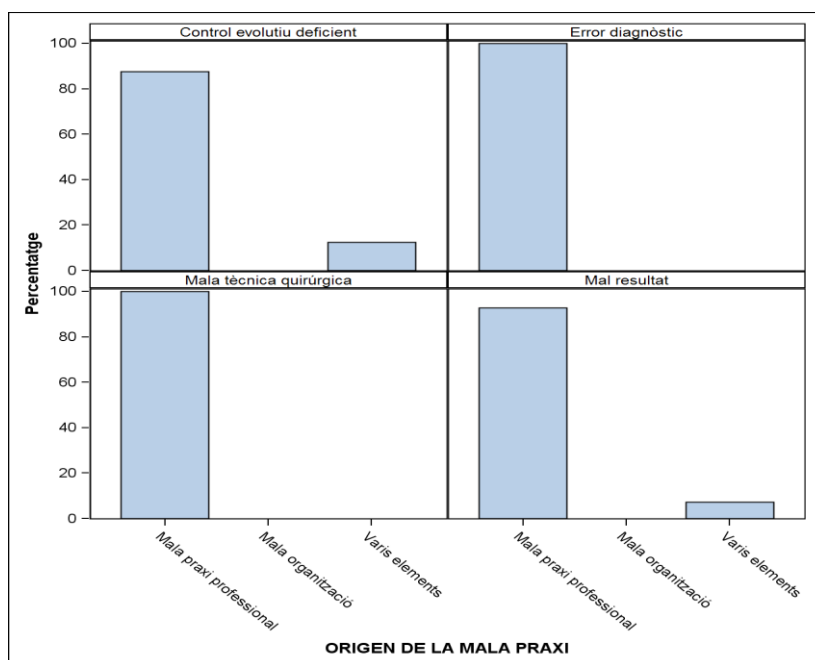


Figura 71. Origen de la mala praxi en funció del motiu de reclamació, segons la valoració del metge forense.

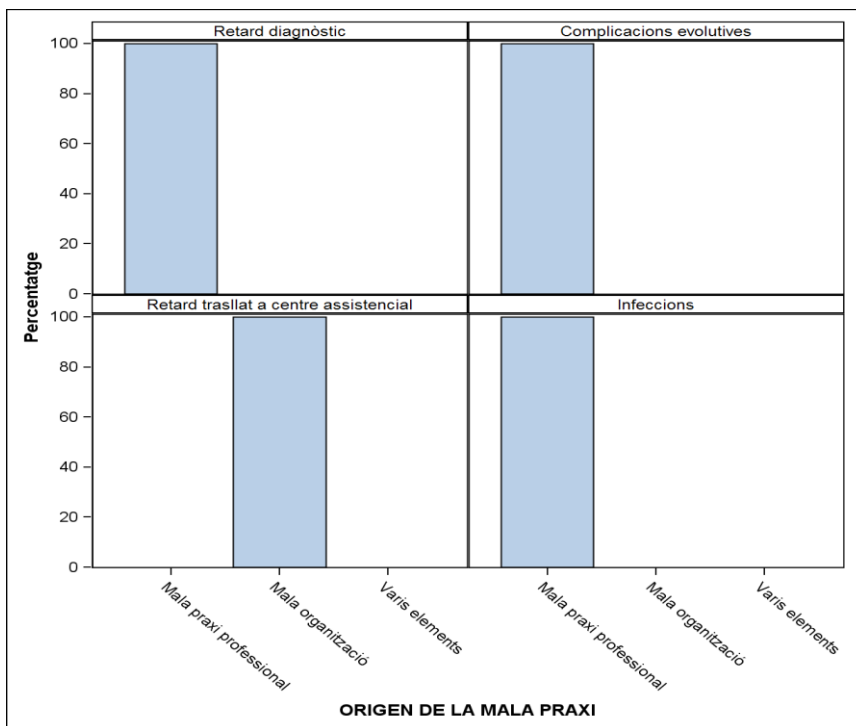


Figura 72. Origen de la mala praxi en funció del motiu de reclamació, segons la valoració del metge forense.

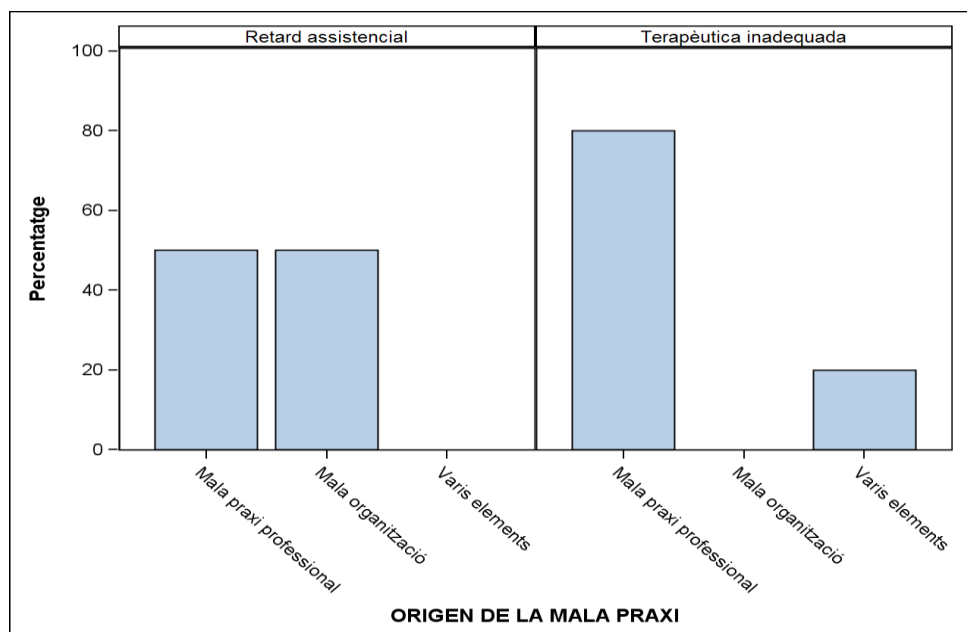


Figura 73. Origen de la mala praxi en funció del motiu de reclamació, segons la valoració del metge forense.

5.2.1.5 Anàlisi bivariant de la variable «tipus d'especialitat»

En aquest apartat es realitza una anàlisi descriptiva bivariant del tipus d'especialitat respecte a algunes variables. Com que aquesta variable té moltes especialitats, únicament es valoraran aquelles que tenen més reclamacions, és a dir, aquelles que han estat reclamades en nombre igual o superior a 10 casos.

Especialitat i situació del malalt. S'observa que el fet que motiva la reclamació en les especialitats de ginecologia (62.86%), anesthesiologia (90%), cirurgia ortopèdica i traumatologia (32.56%), cirurgia general (51.85%), geriatria (100%) i medicina interna (46.15%), es produeix mentre el pacient es troba ingressat.

En canvi, en l'especialitat d'oftalmologia són les complicacions després de l'alta hospitalària les que motiven les reclamacions (34.78%).

En les especialitats d'estomatologia i medicina estètica les reclamacions es produeixen en consultes externes, és a dir, durant el seguiment evolutiu del pacient (94.74%, 33.33%, respectivament).

En el cas de medicina interna, a més de les reclamacions durant l'ingrés hospitalari, també se'n produeixen en igual percentatge en l'assistència del pacient al servei d'urgències.

Finalment, en medicina general, l'habitual és que es produeixi la reclamació estant el pacient en el domicili (52.94%) (taula 38).

Taula 38. Relació entre especialitat i situació del malalt en el moment de produir-se l'incident assistencial que motiva la reclamació.

	Ginecologia		Anestesiologia		COT		Cirurgia general		Oftalmologia	
	%		%		%		%		%	
	columna		columna		columna		columna		columna	
	N	columna	N	columna	N	columna	N	columna	N	columna
Malalt ingressat	22	62.86	9	90.00	14	32.56	14	51.85	2	8.70
Urgències	2	5.71	.	.	8	18.60	3	11.11	3	13.04
Consultes externes	3	8.57	.	.	9	20.93	.	.	3	13.04
Múltiples ingressos	.	.	.	.	2	4.65	5	18.52	1	4.35
Cirurgia ambulatòria	.	.	.	.	2	4.65	.	.	5	21.74
Complicació postalta	8	22.86	1	10.00	7	16.28	4	14.81	8	34.78
Malalt en el domicili	.	.	.	.	1	2.33	1	3.70	1	4.35
Altres	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TOTAL	35	100.00	10	100.00	43	100.00	27	100.00	23	100.00

Especialitat i tipus de centre reclamat. S'observa que es produeixen moltes més reclamacions de les especialitats de ginecologia i obstetrícia (51.43%), anestesiologia (60%), cirurgia ortopèdica i traumatologia (34.88%), cirurgia general (66.67%), estomatologia (78.95%), medicina estètica (58.33%) en centres privats que no pas en la sanitat pública.

En el cas d'oftalmologia, es produeixen més reclamacions en l'àmbit de la sanitat pública (39.13%) que de la privada (30.43%). Tanmateix, és el que passa en el cas de la medicina interna, en la qual es produeixen el 76.92% de les reclamacions en l'àmbit de la sanitat pública respecte al 23.08% del de la sanitat privada.

En el cas de la geriatria, el 66.67% de les reclamacions van dirigides contra centres geriàtrics.

En el cas de la medicina general, el 64.71% de les reclamacions es produeixen contra el Servei d'Emergències Mèdiques (figures 74, 75, 76).

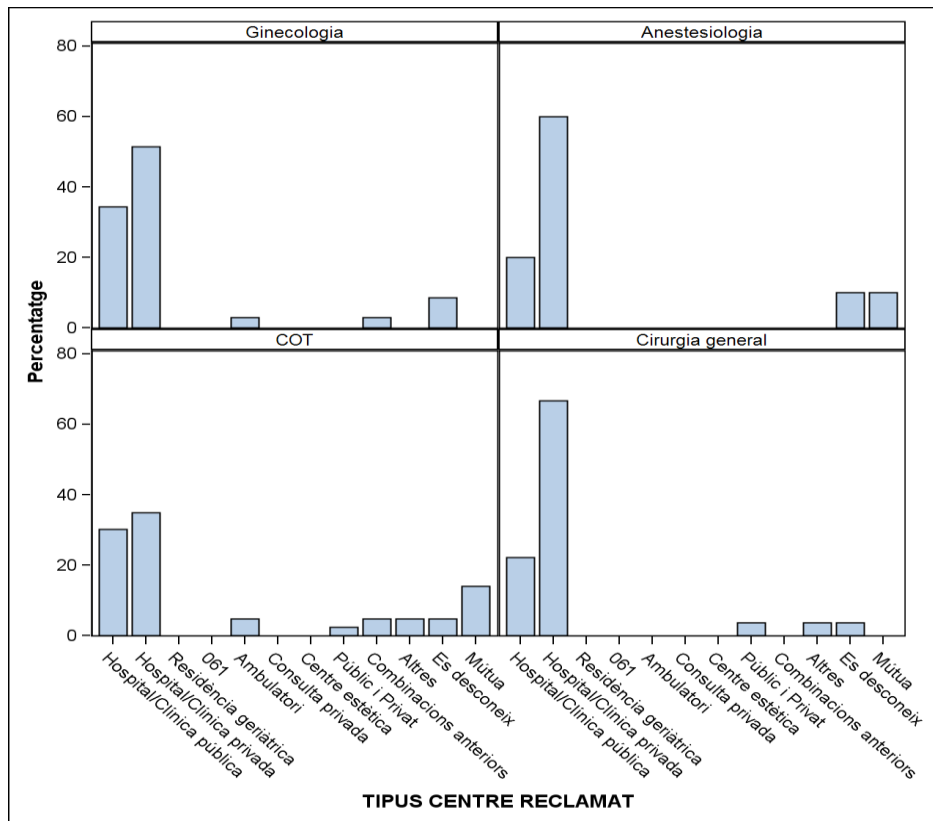


Figura 74. Relació entre especialitat i tipus de centre reclamat.

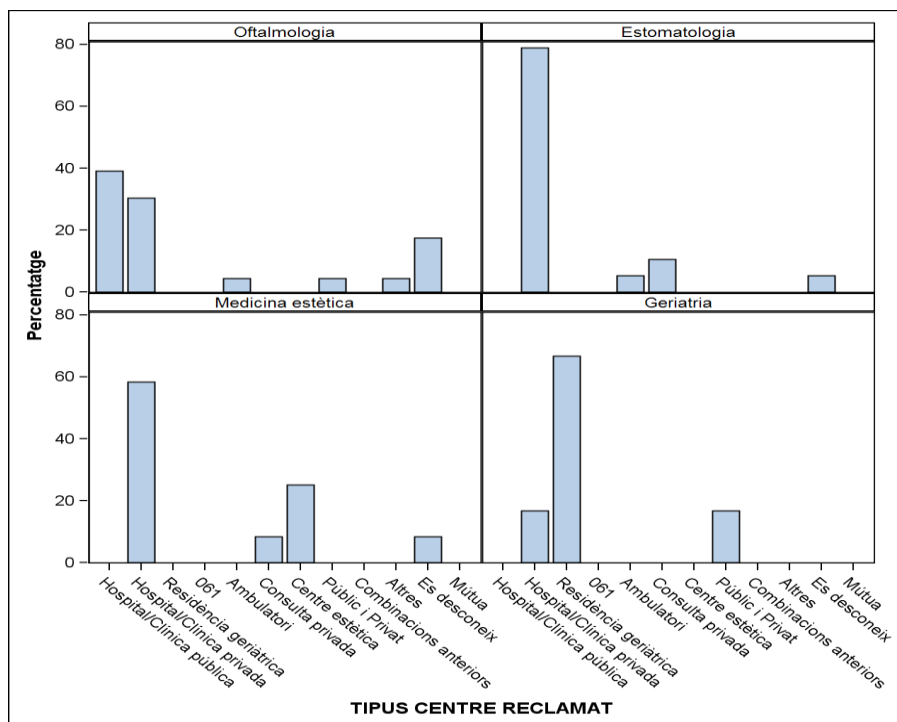


Figura 75. Relació entre especialitat i tipus de centre reclamat.

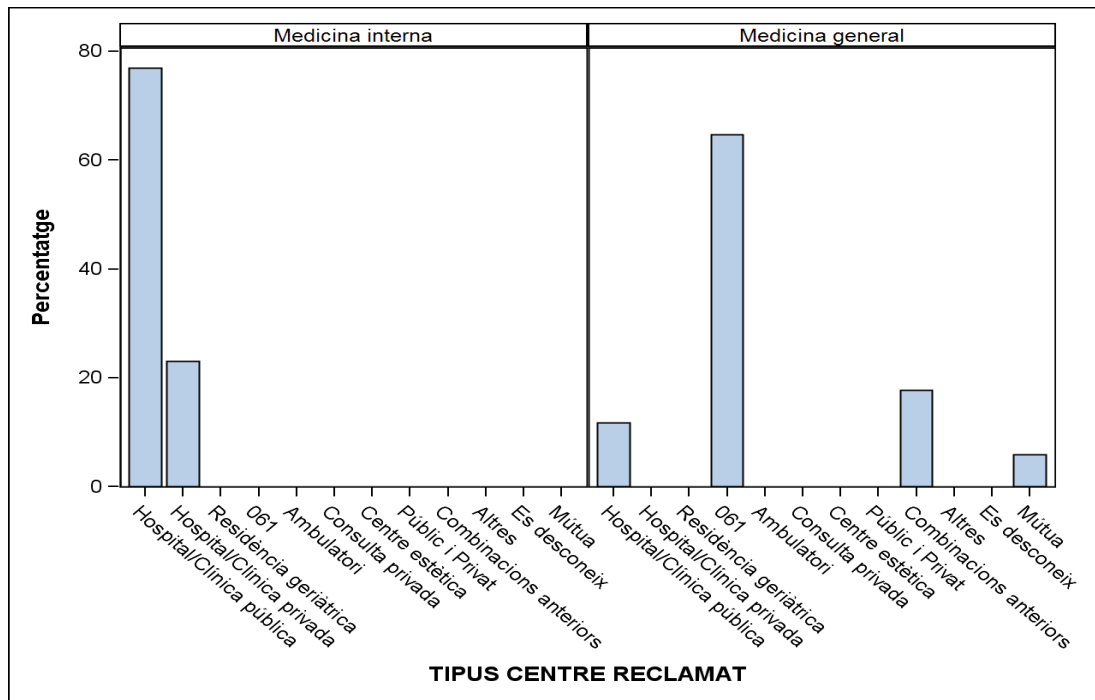


Figura 76. Relació entre especialitat i tipus de centre reclamat.

5.2.2. Anàlisi general de les variables obtingudes a partir del programa informàtic judicial TEMIS-2

Cal dir que, a Catalunya, l'Administració de Justícia es va informatitzar a partir de l'any 2005, per tant, no tots els procediments que integren la mostra s'han pogut localitzar al programa informàtic TEMIS-2.

Per altra banda, dels casos localitzats, no tots tenen anotacions, és a dir, no sempre el funcionari gestor o tramitador de l'expedient realitza anotacions durant el procés judicial o bé, quan ho fa, en moltes ocasions aquestes anotacions són incompletes.

Les dades obtingudes dels 283 casos totals que integren la mostra són les següents:

En 122 casos (43.11%) es desconeix quina ha estat l'evolució del procediment judicial.

En 62 casos (21.91%) s'ha produït un sobreseïment provisional per falta de delictes.

En 46 casos (16.25%) sabem que el procediment ha passat a ser un procediment abreujat (PA) i ha passat a un jutjat penal.

En 31 casos (10.95%) el procediment s'ha arxivat.

En 13 casos (4.59%) s'ha realitzat un judici de faltes en el mateix jutjat d'instrucció.

En 4 casos (1.41%) s'ha procedit a un sobreseïment provisional per falta d'autor.

En 3 casos (1.06%) s'ha passat a la jurisdicció civil.

En 2 casos (0.71%) encara hi havia tramitació en el moment de realitzar aquesta base de dades (figura 77).

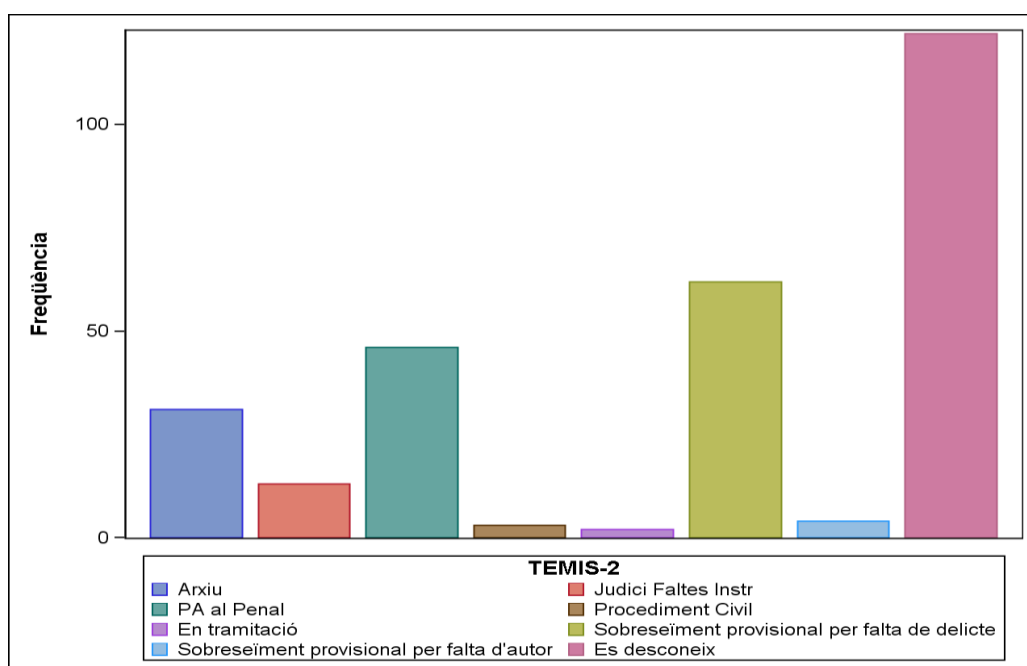


Figura 77. Evolució del procediment judicial en funció de les dades contingudes en TEMIS2

Judici oral. En 64 casos dels 283 consta que hi ha hagut judici (22.61%) i la distribució ha estat la següent:

En 31 casos dels 64 (48.44%) s'ha realitzat un judici oral al jutjat del penal.

En 18 casos dels 64 (28.13%) es coneix que hi ha hagut judici però no consta la jurisdicció.

En 9 casos dels 64 (14.06%) el judici ha estat un judici de faltes en el jutjat d'instrucció.

En 3 casos dels 64 (4.69%) ha estat un judici oral en la jurisdicció civil.

En 2 casos dels 64 (3.13%) el judici estava pendent i se'n desconeixia el tipus.

En 1 cas dels 64 (1.56%) no es va realitzar judici per renúncia de les parts per indemnització prèvia per part de la companyia (figura 78).

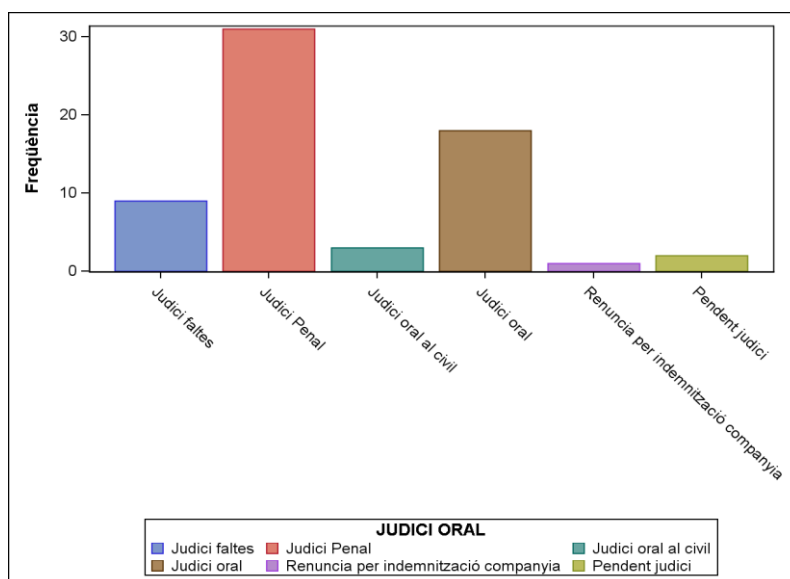


Figura 78. Relació de casos en què s'ha realitzat judici.

Sentència. De les anotacions del programa informàtic en relació amb si hi havia hagut judici i, per tant, sentència i el seu resultat, cal dir el següent:

En 16 casos (25.40%) les anotacions refereixen que la sentència és absolutòria.

En 17 casos (26.98%) consta que hi ha sentència però se'n desconeix el resultat.

En 15 casos (23.81%) la sentència és condemnatòria.

En 14 casos (22.22%) es desconeix si hi ha sentència.

En 1 cas (1.59%) la sentència és de conformitat (figura 79).

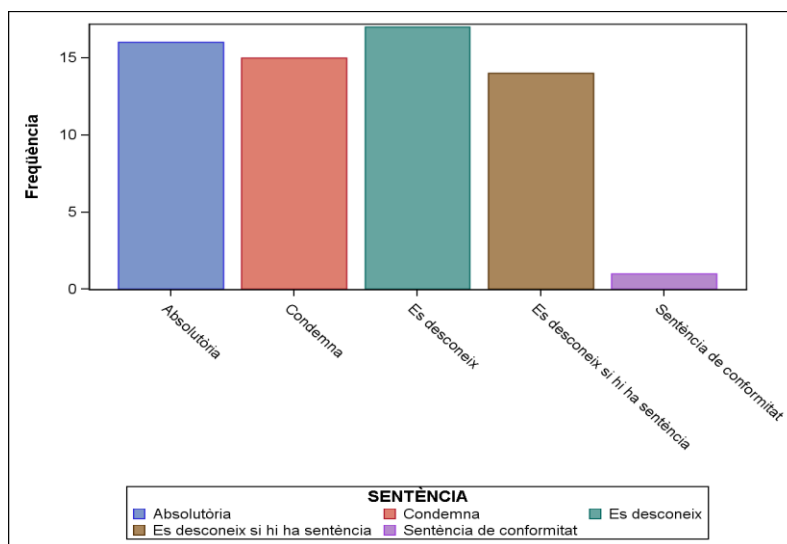


Figura 79. Relació del resultat de les sentències.

5.2.2.1 Anàlisi bivariant de la variable «malalt amb seqüeles» i evolució del procediment judicial segons el programa informàtic TEMIS-2

De forma genèrica, cal destacar que en el 25.45% dels casos en què el malalt té seqüeles, s'ha produït un sobreseïment provisional per falta de delictes, en el 19.09% dels casos, el procediment ha passat a ser un procediment abreujat, en el 9.09% dels casos hi ha hagut arxiu, i en el 4.55% dels casos s'ha realitzat un judici de faltes en el jutjat d'instrucció (taula 39).

Taula 39. Resolució judicial en funció de si el malalt té o no seqüeles.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	%		%		%		%	
	column		column		column		column	
	N	a	N	a	N	a	N	columna
Arxiu	10	9.09	5	10.20	8	26.67	.	.
Judici faltes instrucció	5	4.55	4	8.16	.	.	1	20.00
PA al penal	21	19.09	6	12.24	3	10.00	1	20.00
Procediment civil	.	.	3	6.12	.	.	.	.
Sobreseïment provisional per falta de delictes	28	25.45	8	16.33	7	23.33	1	20.00
Sobreseïment provisional per falta d'autor	2	1.82	.	.	.	.	.	.
Es desconeix	44	40.00	23	46.94	12	40.00	2	40.00
TOTAL	110	100.00	49	100.00	30	100.00	5	100.00

Malalt amb seqüeles i judici oral al jutjat penal. S'observa que en el 48.28% dels casos en què el malalt té seqüeles, el procediment ha passat al jutjat penal, on s'ha celebrat judici oral, mentre que, quan el pacient no té seqüeles, només en el 25% dels casos se celebra judici oral al jutjat penal (taula 40).

Taula 40. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i judici oral al jutjat penal.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles		Es desconeix	
	%		%		%		%	
	column		column		column		column	
	N	na	N	na	N	columna	N	columna
Judici penal	14	48.28	3	25.00	3	75.00	.	.
Altres	15	51.72	9	75.00	1	25.00	1	100.00
TOTAL	29	100.00	12	100.00	4	100.00	1	100.00

Malalt mort i evolució del procediment judicial segons el programa informàtic TEMIS-2. Segons les dades obtingudes en el programa informàtic TEMIS-2, com a aspectes rellevants, s'observa que en el 19.78% dels casos el procediment s'ha arxivat per falta de delictes, mentre que en el 17.58% el procediment ha continuat la instrucció fins a judici oral en el jutjat penal (taula 41).

Taula 41. Evolució del procediment judicial en funció de si el malalt ha mort.

	Malalt mort		Malalt viu	
	%		%	
	N	a	N	columna
Arxiu	8	8.79	23	11.98
Judici faltes instrucció	3	3.30	10	5.21
PA al penal	16	17.58	30	15.63
Procediment civil	.	.	3	1.56
En tramitació	2	2.20	.	.
Sobreseïment provisional per falta de delictes	18	19.78	44	22.92
Sobreseïment provisional per falta d'autor	2	2.20	2	1.04
Es desconeix	42	46.15	80	41.67
TOTAL	91	100.00	192	100.00

5.2.3 Anàlisi general de les variables obtingudes a partir de les sentències judicials

A partir de les dades obtingudes en el programa informàtic TEMIS-2 s'han localitzat alguns jutjats penals on s'han realitzat els judicis orals dels procediments estudiats. S'han obtingut un total de 29 sentències judicials de les quals s'han valorat les variables següents amb els resultats que apareixen a continuació:

Tipus d'especialitat. S'observa que de les 29 sentències de què disposem, 19 corresponen a una especialitat quirúrgica (65.52%) i 8 a una especialitat

mèdica (27.59%). En 2 casos no corresponen a cap especialitat mèdica (6.90%) (figura 80).

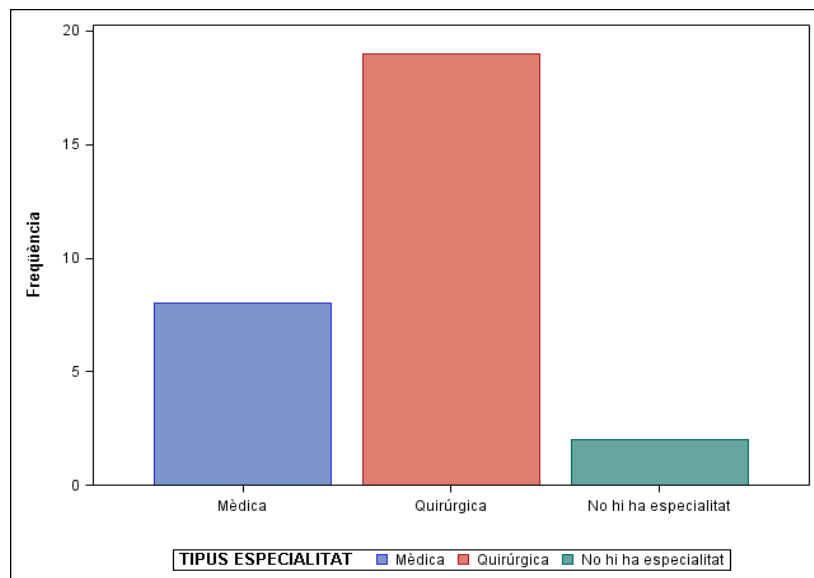


Figura 80. Sentències i tipus d'especialitat.

Especialitat. En les 29 sentències, l'especialitat més freqüent és ginecologia (17.24%), seguit de cirurgia general i estomatologia (13.79%) (figura 81).

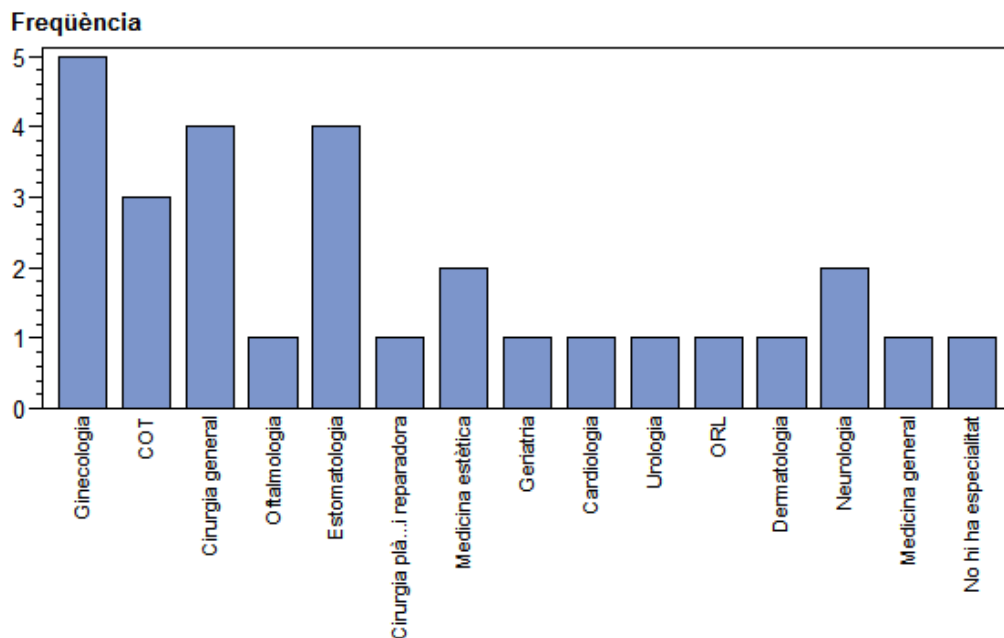


Figura 81. Especialitats més freqüents en l'anàlisi de les sentències judicials.

Tipus de centre reclamat. En les 29 sentències, el centre reclamat més freqüentment és un hospital o clínica privats (44.83%) seguit d'hospital o clínica públics (27.59%) (figura 82).

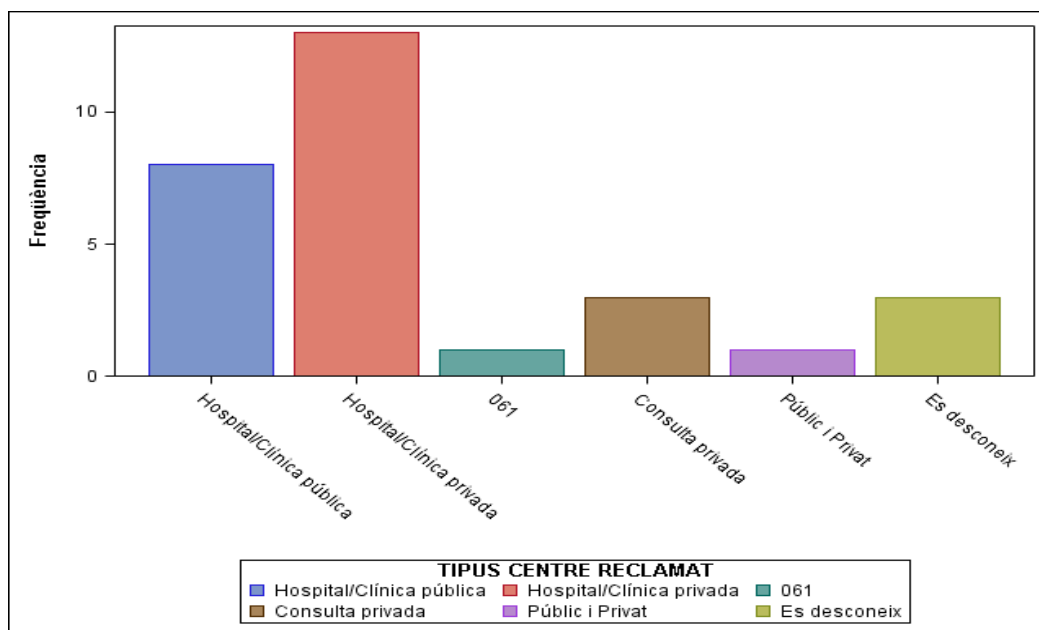


Figura 82. Tipus de centre reclamat segons l'anàlisi de les sentències judicials.

Nombre d'acusats. En les 29 sentències de què es disposen s'observa que el nombre d'acusats oscil·la entre un mínim d'1 i un màxim de 4 (taula 42).

Taula 42. Estadístics descriptius respecte al nombre d'acusats en 29 sentències de Jutjats Penals.

	N	Mitjana	Mediana	Desviació		
				Estàndard	Mínim	Màxim
Nre. ACUSATS	29	1.79	1.00	1.15	1.00	4.00

Qualificació del ministeri fiscal. En 17 casos la posició del ministeri fiscal és la d'acusació (58.62%). En 9 casos no acusa (31.03%). En 2 casos retira l'acusació durant el judici (6.90%). En 1 cas, no consta (3.45%) (figura 83).

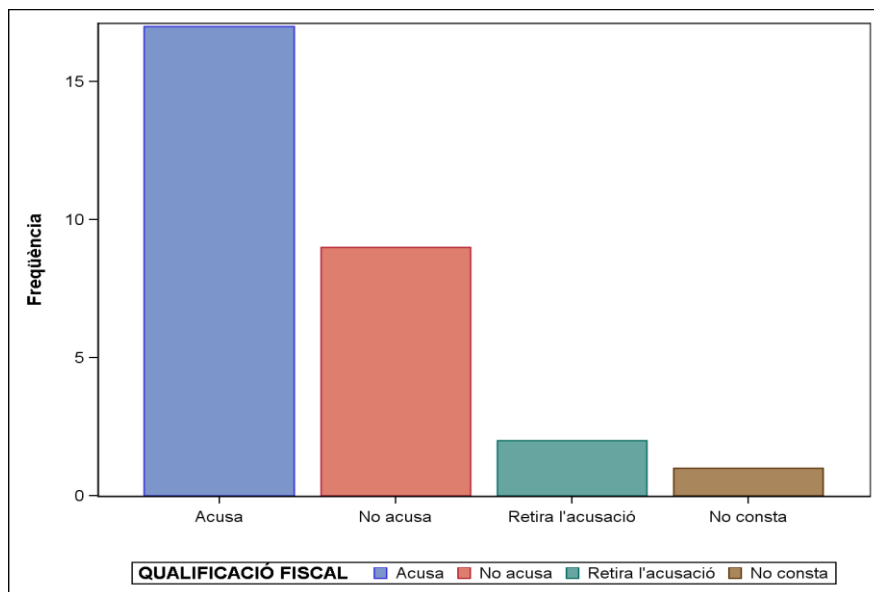


Figura 83. Posicionament del Ministeri Fiscal.

Fets provats. En les sentències recollides, els fets provats que es valoren són els següents: les lesions i mala tècnica es valoren en 19 casos (61.29%) del total de les 29 sentències obtingudes, i constitueixen, per tant, els fets provats més habituals.

El defecte d'atenció i falta de diligència es contempla en 3 casos cadascun (9.68%).

L'error diagnòstic, en dos casos (6.45%).

Intrusisme professional, dos casos (6.45%).

En 1 cas es va produir renúncia de l'acusació durant el judici oral (3.23%).

Es produí falsedat documental en 1 un cas (3.23%).

El nombre de fets provats supera el nombre de sentències, atès que una sola sentència pot incloure varis fets provats (figura 84).

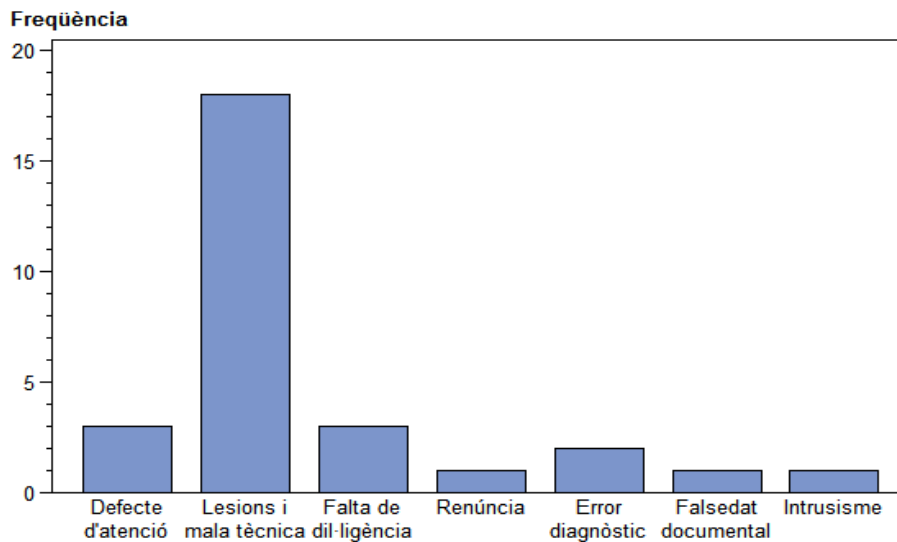


Figura 84. Fets provats recollits en les sentències judicials.

Valoració de l'actuació pericial del metge forense. Dins de la sentència judicial, els magistrats poden fer valoracions de l'actuació del metge forense durant el judici oral.

Hi ha casos en què intervenen dos metges forenses durant el judici oral. En aquestes circumstàncies s'han recollit les valoracions realitzades als dos pèrits.

Les valoracions realitzades pels magistrats sobre l'actuació pericial dels metges forenses són les següents:

En 20 casos (55.55%) fan valoracions positives de les actuacions pericials dels metges forenses en l'acte de judici oral. Aquestes valoracions fan referència, bàsicament, a la qualitat de la pericial i, també, a l'objectivitat i imparcialitat del pèrit públic.

En 6 casos (16.67%) no hi ha cap referència a la qualitat de la pericial del metge forense.

En 3 casos (8.33%) els comentaris respecte a l'actuació del metge forense són negatius per la baixa qualitat de l'actuació del pèrit durant el judici oral.

En 7 casos (19.44%) no hi ha pericial del metge forense.

En conseqüència, en un 55.55% dels casos els magistrats valoren la qualitat de la intervenció del metge forense de forma positiva, tenint en compte els valors que aporta la funció pública: objectivitat i imparcialitat (figura 85).

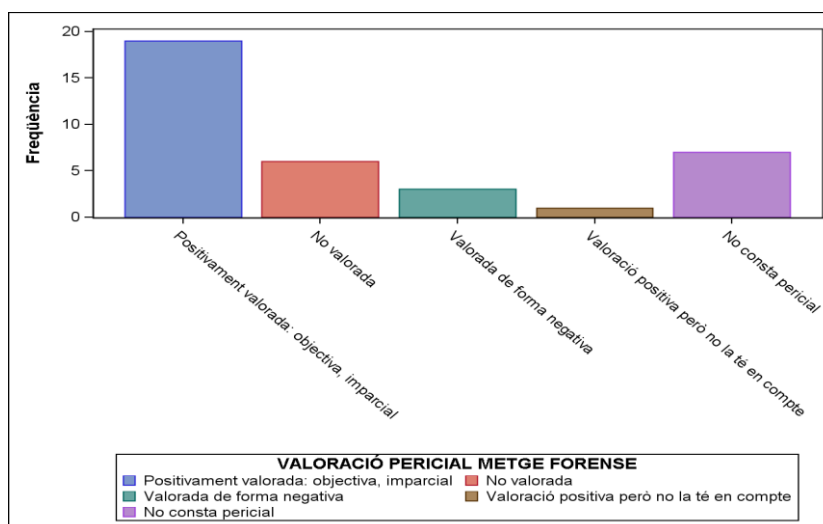


Figura 85. Valoració de la qualitat pericial del metge forense per part del jutge.

Valoració de pericials privades. En 18 casos de les 28 sentències (no es té en compte la de conformitat) ha intervingut un perit privat durant el judici oral. La valoració que en fa el magistrat de la intervenció del perit privat és la següent:

En 9 casos (32.14%) la intervenció del perit privat es valora de forma positiva.

En 6 casos (21.43%) no la menciona ni en sentit positiu ni negatiu.

En 3 casos (10.71%) la valora de forma negativa, és a dir, té en compte la parcialitat del perit privat.

En 10 casos (35.71%), no consta que intervingui en el procediment un perit privat (taula 43).

Taula 43. Valoració de la qualitat de la pericial privada per part del jutge.

	N	%
Valorades de forma positiva	9	32.14
No valorades	6	21.43
Valorades negativament	3	10.71
No consta pericial	10	35.71
Total	28	100.00

Valoració de l'especialista no metge forense. En algunes sentències també es recull la valoració que fa el magistrat dels metges especialistes. Els resultats són:

Del total de 13 casos en què hi ha intervingut un especialista que no és metge forense, en 6 (26.15%) la valoració és positiva, és a dir, el jutge valora l'experiència i formació especialitzada del pèrit.

En 7 casos (53.85%) no es fa cap referència en sentit positiu ni negatiu a la condició d'especialista del pèrit, és a dir, no dóna més validesa a la pericial pel fet que el pèrit tingui una especialitat mèdica (figura 86).

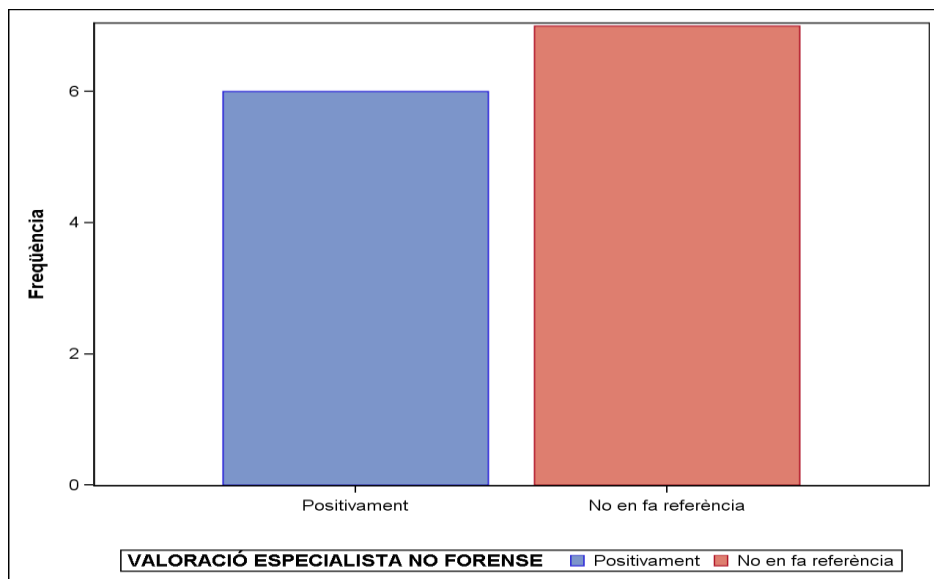


Figura 86. Valoració de la qualitat pericial de l'especialista no forense per part del jutge.

Valoració de l'autòpsia. Només hi ha 3 sentències en les quals consti la realització d'una autòpsia. En les tres, la valoració judicial ha estat rellevant.

Valoració de la història clínica. La història clínica és la prova documental fonamental en temes de responsabilitat professional. Els magistrats ho recullen així en les sentències:

En 15 casos (53.57%) es fa referència a la història clínica i es dedueix que és suficient com a prova documental per a la valoració de la praxi mèdica.

En 3 casos (10.71%) la sentència recull que la història clínica és insuficient.

En 10 casos la sentència no fa cap referència en relació amb la història clínica (35.71%) (taula 44).

Taula 44. Valoració que realitza el jutge de la història clínica.

	N	%
Suficient per a la valoració	15	53.57
Insuficient	3	10.71
No en fa referència	10	35.71
Total	28	100.00

Resolució. Respecte a la resolució final de la sentència, en 21 casos (72.41%) la sentència és absolutòria.

En la resta, 8 casos, la sentència és condemnatòria (27.59%). S'hi inclou, en aquest cas, la sentència de conformitat (figura 87).

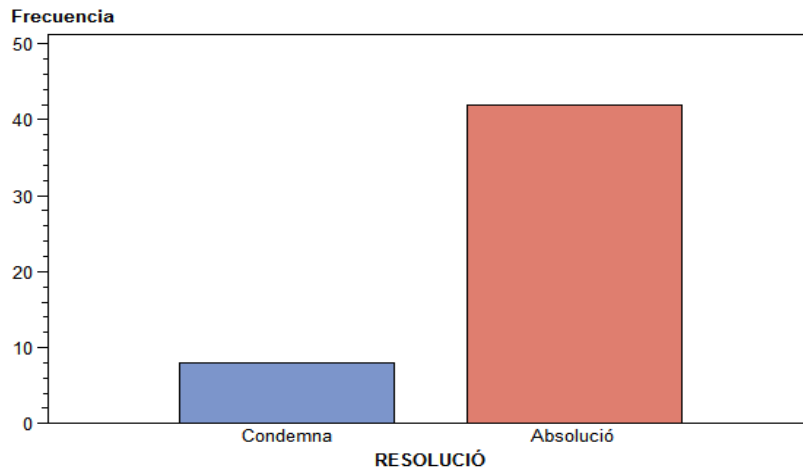


Figura 87. Resultat de les sentències.

Respecte als casos en què hi ha hagut condemna, aquesta ha estat la següent: multa en 6 casos (54.54%); inhabilitació en 3 casos (27.27%), i presó en 2 casos (18.18%)

Tot i que hi ha 7 casos de condemna, el total avaluat del tipus de condemna és d'11, atès que en alguns casos la condemna inclou diversos aspectes: multa i inhabilitació (figura 88).

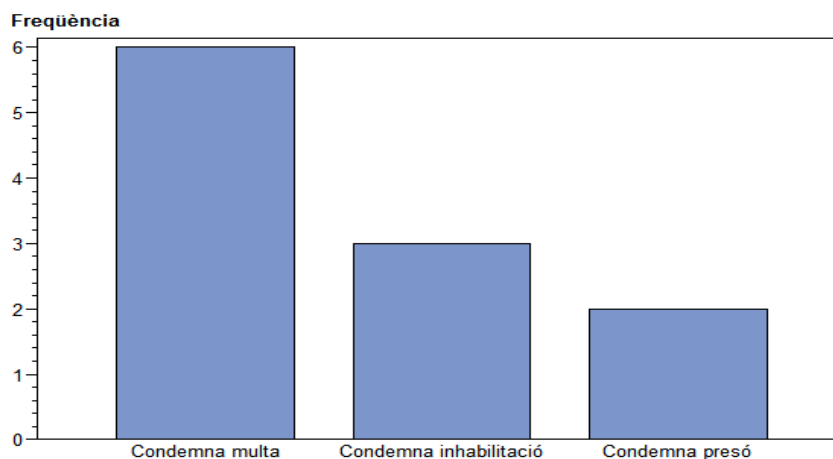


Figura 88. Tipus de condemna.

Costes. En 21 casos, les costes del procediment són d'ofici (72.41%) mentre que en 8 són a càrrec de les parts (27.59%) (figura 89).

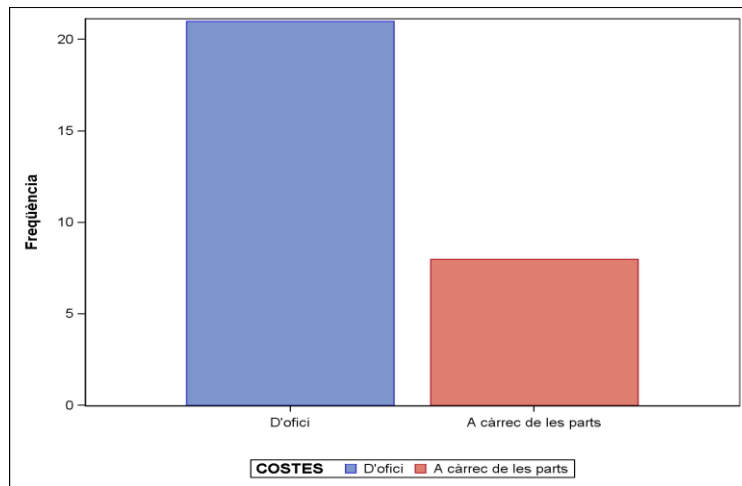


Figura 89. Pagament de costes.

Situació de la sentència. En el moment de la recollida de la base de dades, 24 sentències es trobaven en recurs (82.76%) i 5 eren fermes (17.24%); en 1 es va produir sentència de conformitat.

Tipus penal de condemna. Els articles aplicats del Codi Penal en cas de condemna han estat els següents:

Falta per imprudència greu amb resultat de lesions (article 621.2 del Codi Penal).

Homicidi per imprudència lleu (article 142.3 del Codi Penal).

Falta d'imprudència lleu (article 621.3 del Codi Penal)

Intrusisme i lesions per imprudència (articles 403.1 i 152.1.3 del Codi Penal)

Intrusisme professional i imprudència lleu (articles 403 i 621.3 del Codi Penal)

Delicte de lesions imprudents (article 152.1 del Codi Penal)

Delicte de lesions per imprudència greu (articles 147 i 152.3 del Codi Penal).

Responsabilitat civil derivada. En cas de condemna, la responsabilitat civil ha estat la següent:

124.661€, 27.040€, 35.000€, 38.800€, 66.000€, 75.000€. En 1 cas la responsabilitat civil es troba pendent de valoració per un pèrit insaculat en execució de sentència i, en un altre cas, la part es reserva l'acció civil.

5.2.3.1. Anàlisi bivariant entre resultats de les sentències i les variables estudiades

Valoració de la praxi per part del metge forense i resolució de la sentència. S'observa que, en aquells casos en què el metge forense arriba a la conclusió que hi ha mala praxi, hi ha un 40% de sentències condemnatòries i un 60% de sentències absolutòries.

En aquells casos en què el metge forense arriba a la conclusió que no hi ha mala praxi, el 100% de les sentències són absolutòries.

Aquesta valoració s'ha fet a partir de les 29 sentències de què es disposa (taula 45 i figura 90).

Taula 45. Relació entre la valoració de la praxi per part del metge forense i el resultat de la sentència.

	Sí és mala praxi		No és mala praxi		No es defineix	
	N	%	N	%	N	%
Condemna	6	40.00	.	.	2	40.00
Absolució	9	60.00	9	100.00	3	60.00
TOTAL	15	100.00	9	100.00	5	100.00

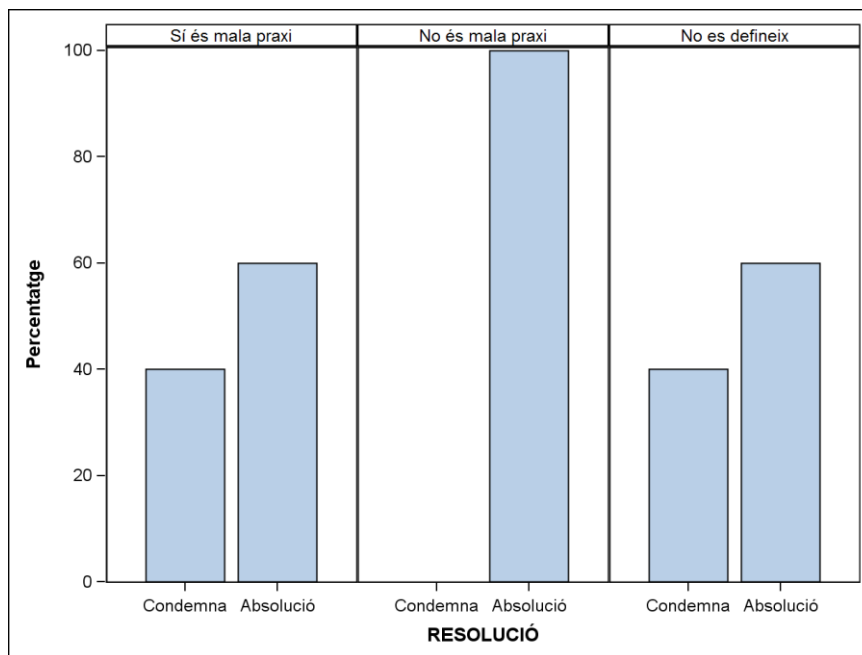


Figura 90. Relació entre la valoració de la praxi per part del metge forense i el resultat de la sentència.

Malalt mort i anàlisi de les sentències:

Fets provats. S'observa que, quan el pacient mort, en els fets provats de les sentències el més habitual és que es reculli la falta de diligència (30%), seguit del defecte d'atenció, lesions i mala tècnica i error diagnòstic en el 20% dels casos en cadascun (taula 46).

Taula 46. Relació entre malalt mort i els fets provats recollits en la sentència judicial.

	Malalt mort		Malalt viu	
	N	%	N	%
Defecte d'atenció	2	20.00	1	4.76
Lesions i mala tècnica	2	20.00	17	80.95
Falta de diligència	3	30.00	.	.
Renúncia	.	.	1	4.76

	Malalt mort		Malalt viu	
	%		%	
	column		column	
	N	a	N	a
Error diagnòstic	2	20.00	.	.
Falsedat documental	1	10.00	.	.
Intrusisme	.	.	2	9.52
TOTAL	10	100.00	21	100.00

Resolució. Tot i que s'hagi produït la mort del pacient, en el 80% dels casos la sentència és absolutòria. Només en 2 casos (20%) la sentència correspon a condemna i és una multa (figura 91).

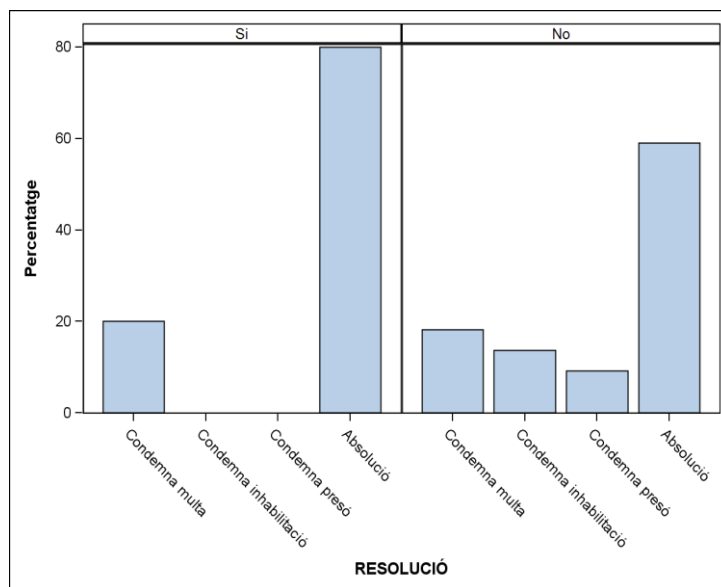


Figura 91. Resultat de la sentència segons si el pacient ha mort.

Malalt amb seqüeles i sentències judicials

Qualificació del fiscal. S'observa que en el 73.33% dels casos en què el pacient sí té seqüeles, el fiscal acusa (taula 47).

Taula 47. Qualificació del Ministeri Fiscal en els casos en què s'ha produït la mort del pacient.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles	
	%		%		%	
	column		column		column	
	N.	a	N.	na	N.	columna
Acusa	11	73.33	.	.	2	66.67
No acusa	4	26.67	1	50.00	1	33.33
No consta	.	.	1	50.00	.	.
TOTAL	15	100.00	2	100.00	3	100.00

Fets provats. En el 76.47% dels casos en què el malalt sí té seqüeles, en els fets provats de les sentències judicials es recull l'existència de lesions i mala tècnica com a element fonamental de possible mala praxi (taula 48).

Taula 48. Relació de fets provats en el cas en què el malalt tingui seqüeles.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles	
	%		%		%	
	column		column		column	
	N.	a	N.	na	N.	columna
Defecte d'atenció	1	5.88	.	.	.	.
Lesions i mala tècnica	13	76.47	1	50.00	3	100.00
Falta de diligència	.	.	1	50.00	.	.
Renúncia	1	5.88	.	.	.	.
Intrusisme	2	11.76	.	.	.	.
TOTAL				100.0		
	17	100.00	2	0	3	100.00

Resolució. Segons els resultats de les resolucions de les sentències judicials, en les circumstàncies en què el malalt té seqüeles (55.56%), la sentència ha estat absolutòria, mentre que en la resta (44.44%) la sentència ha estat condemnatòria (22.22% multa, 11.11% inhabilitació, 11.11% privació de llibertat) (taula 49).

Taula 49. Resolució de la sentència en funció de l'existència de seqüeles en el pacient.

	Sí té seqüeles		No té seqüeles		No consta que tingui seqüeles	
	%	%	%	%	%	%
	columna	columna	columna	columna	columna	columna
	N	N	N	N	N	N
Condemna multa	4	22.22	.	.	.	.
Condemna inhabilitació	2	11.11	.	.	1	33.33
Condemna presó	2	11.11	.	.	.	.
Absolució				100.0		
	10	55.56	2	0	2	66.67
TOTAL				100.0		
	18	100.00	2	0	3	100.00

Motiu de reclamació i resolució de la sentència

S'observa que, quan el motiu de reclamació per part del pacient és el control evolutiu deficient en el 60% dels casos, la sentència és absolutòria, mentre que en el 40% hi ha condemna (multa).

Respecte a l'error diagnòstic, el 100% de les resolucions corresponen a absolució.

En el cas de la mala tècnica quirúrgica, en el 46.15% dels casos la sentència és absolutòria, mentre que en el 23.08% hi ha condemna amb multa; en el 15.38% la condemna és la inhabilitació o bé presó.

Quan el motiu de reclamació és el mal resultat, en el 56.25% dels casos la sentència és absolutòria, en el 18.75% hi ha condemna amb inhabilitació i en el 12.50% la condemna correspon a una multa o presó.

Respecte al retard diagnòstic, en el 100% la resolució judicial ha estat l'absolució.

En el cas de les complicacions evolutives i retard assistencial, la resolució judicial ha estat l'absolució en el 100% dels casos.

Quan el motiu de la reclamació han estat les complicacions quirúrgiques, la resolució judicial ha estat la condemna, presó o inhabilitació en el 50%, respectivament.

Finalment, en la reclamació per terapèutica inadequada, la resolució judicial ha estat la condemna de multa (figures 92 i 93).

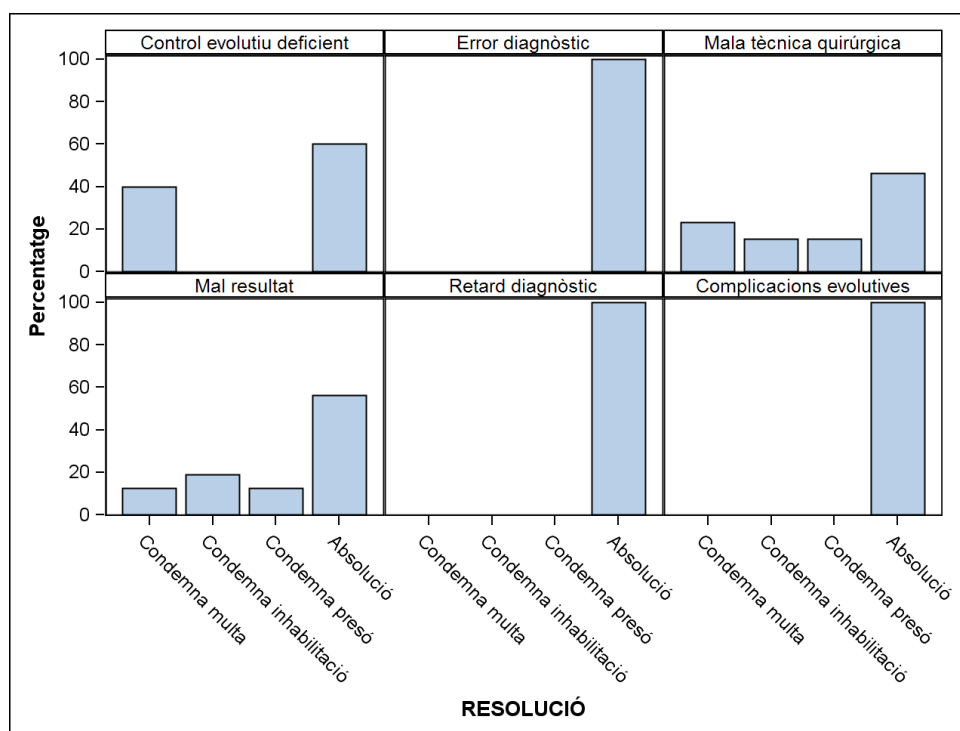


Figura 92. Resolució de la sentència en funció del motiu de reclamació

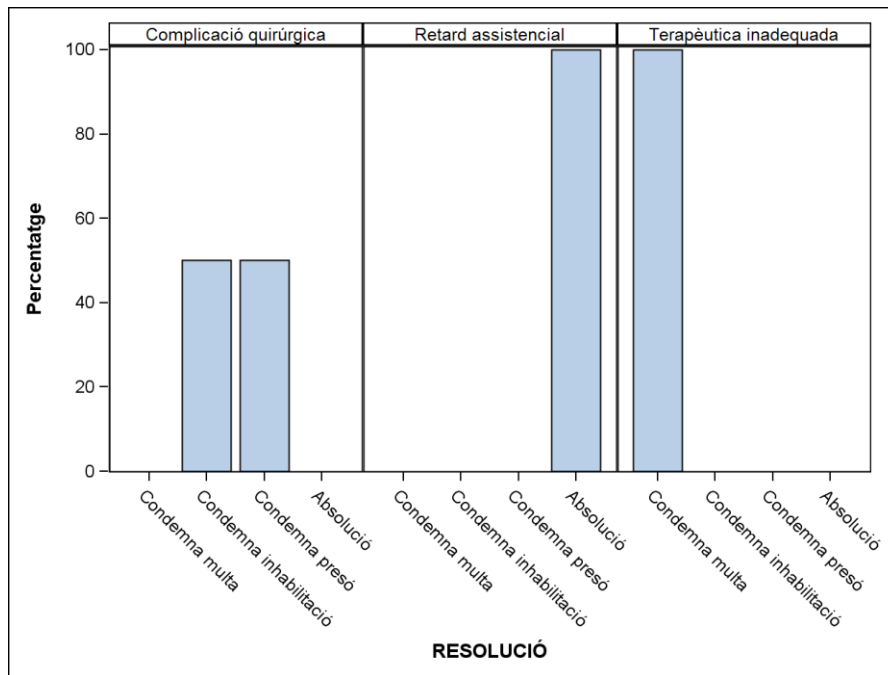


Figura 93. Resolució de la sentència en funció del motiu de reclamació.

5.3. Anàlisi del factor temps

5.3.1. Temps transcorregut des de la data dels fets fins a l'emissió dels informes. La mitjana de temps fins a l'emissió de l'informe és de 655 dies aproximadament i la mediana, 512. El temps mínim i màxim oscil·la entre 24 i 3.069 dies (figura 94).

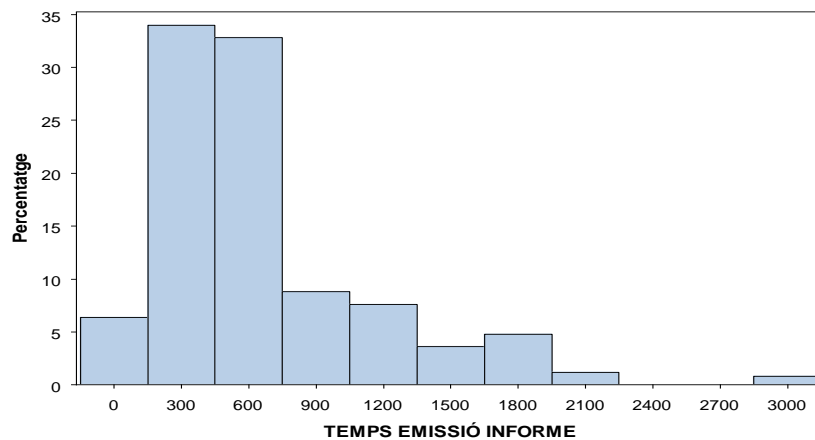


Figura 94. Temps mig en dies transcorregut des de la data dels fets fins l'emissió de l'informe pericial pel metge forense.

5.3.2. Temps transcorregut des de la data dels fets fins a l'emissió de la sentència judicial. En aquest cas, s'ha fet una anàlisi del temps prenent com a mostra les 29 sentències de què es disposa i s'han obtingut els resultats següents: la mediana del temps fins a la sentència és de 1.602 dies amb un interval de confiança de 1.329, 2.061 (figura 95).

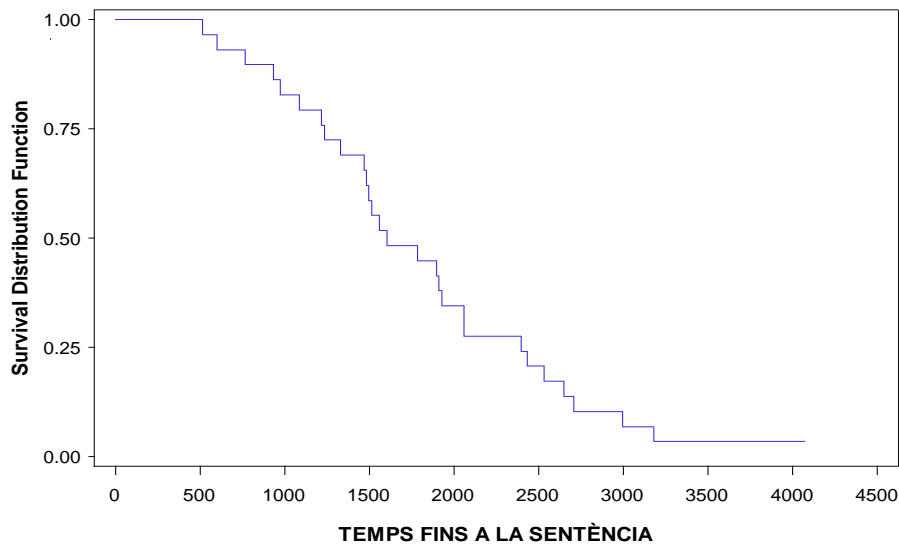


Figura 95. Temps mig en dies transcorregut des de la data dels fets fins a l'emissió de la sentència judicial.

5.3.3. Temps d'emissió de l'informe i nombre de metges forenses que signen la pericial. L'estimació de la mediana del temps fins a l'emissió de l'informe quan signa un forense és de 487 dies, amb un IC=(423, 520), i en el cas en què en signen dos, l'estimació de la mediana és de 577.5 dies, amb un IC=(509, 703) (figura 96. Taula 50).

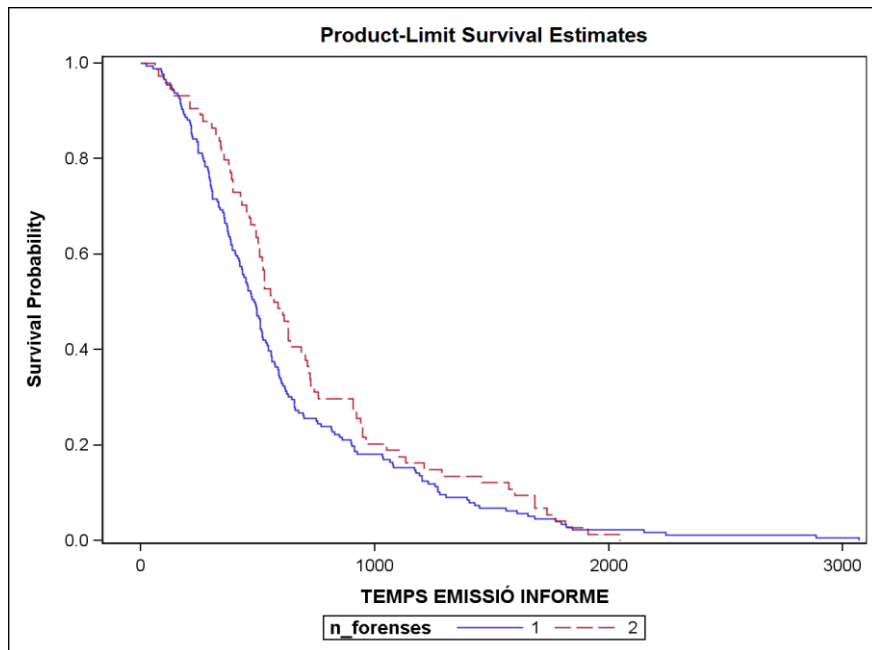


Figura 96. Mediana de temps en dies des de la data dels fets fins l'emissió de la pericial mèdica en funció de si actua un metge forense o dos.

Taula 50. Anàlisi estadística.

Test of Equality over Strata			
		D	Pr >
Test	Chi-Square	F	Chi-Square
Log-Rank	2.0801	1	0.1492
Wilcoxon	4.8555	1	0.0276
-2Log(LR)	1.1431	1	0.2850

A la prova de comparació de corbes, obtenim un p-valor < 0.05, per tant, hi ha diferències estadísticament significatives. Aquestes diferències són degudes al fet que, quan signen 2 forenses, la corba de supervivència està per sobre de la que es dona quan només en signa un.

5.3.4. Temps emissió de l'informe i malalt amb seqüeles. L'estimació de la mediana del temps fins a l'emissió de l'informe en el cas en què el malalt no té seqüeles és de 423 dies, amb un IC=(305, 493); en el cas en què no consta que el malalt tingui seqüeles, l'estimació de la mediana del temps fins a l'emissió de l'informe és de 573 dies, amb un IC=(496, 1035), i en el cas en què

el malalt sí té seqüeles, l'estimació de la mediana del temps fins a l'emissió de l'informe és 589.5, amb un IC=(523, 694) (figura 97. Taula 51).

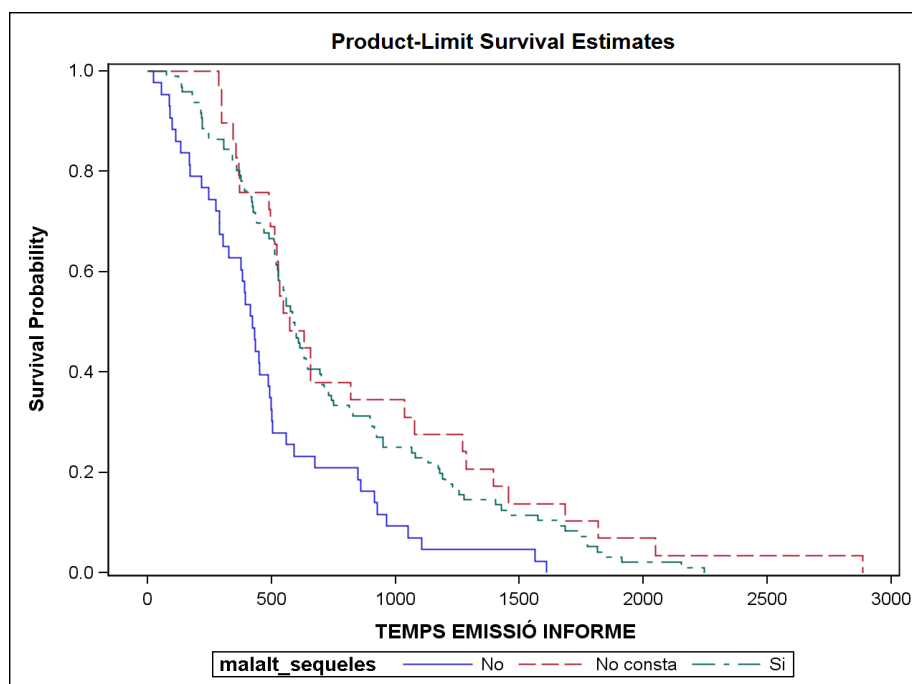


Figura 97. Mediana de temps en dies d'emissió de la pericial del metge forense en funció de l'existència de seqüeles en el malalt.

En conseqüència, quan el malalt té seqüeles existeix un increment en el temps d'emissió de l'informe.

Taula 51. Anàlisi estadística.

Test of Equality over Strata			
		D	Pr >
Test	Chi-Square	F	Chi-Square
Log-Rank	15.6778	2	0.0004
Wilcoxon	16.6603	2	0.0002
-2Log(LR)	6.7728	2	0.0338

En la prova de comparació de corbes, obtenim un p-valor<0.05, per tant, hi ha diferències estadísticament significatives. Aquestes diferències són degudes al fet que les corbes de supervivència dels que sí tenen seqüeles i dels que no consta que en tinguin estan per sobre de la corba dels que no en tenen.

5.3.5. Temps d'emissió de l'informe i qualificació del ministeri fiscal.

L'estimació de la mediana del temps fins a l'emissió de l'informe en el cas en què el fiscal acusa és de 614 dies, amb un IC=(520, 939); en el cas en què no acusa, l'estimació de la mediana és de 1.190 dies, amb un IC=(75, 1683), i en el cas en què es retira l'acusació, l'estimació de la mediana és de 1.049 dies, amb un IC=(303, 1796).

Per tant, quan el fiscal acusa, transcorre menys temps que quan no acusa (figura 98).

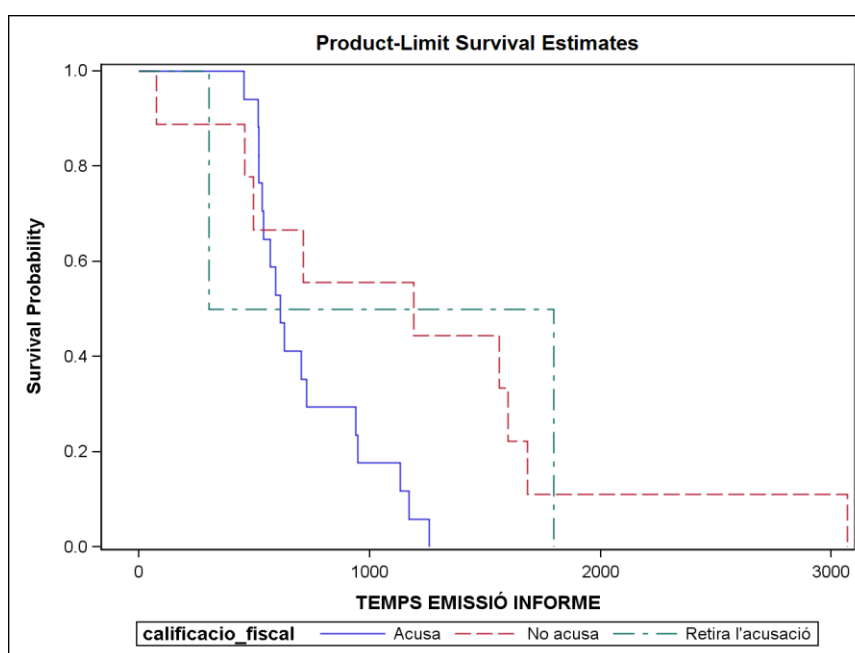


Figura 98. Mediana de temps en dies d'emissió de l'informe pel metge forense en funció de la posició del Ministeri Fiscal en el procediment.

5.3.6. Temps d'emissió de l'informe i data de la sentència.

L'estimació de la mediana del temps fins a l'emissió de l'informe en el cas d'absolució és de 614 dies, amb un IC=(519, 1132); en el cas de condemna inhabilitació, l'estimació de la mediana és de 630 dies, amb un IC=(516, 1171); en el cas de condemna multa, l'estimació de la mediana és de 821 dies, amb un IC=(454, 1257), i en el cas de condemna presó, l'estimació de la mediana del temps és de 843.5 dies, amb un IC=(516, 1171) (figura 99).

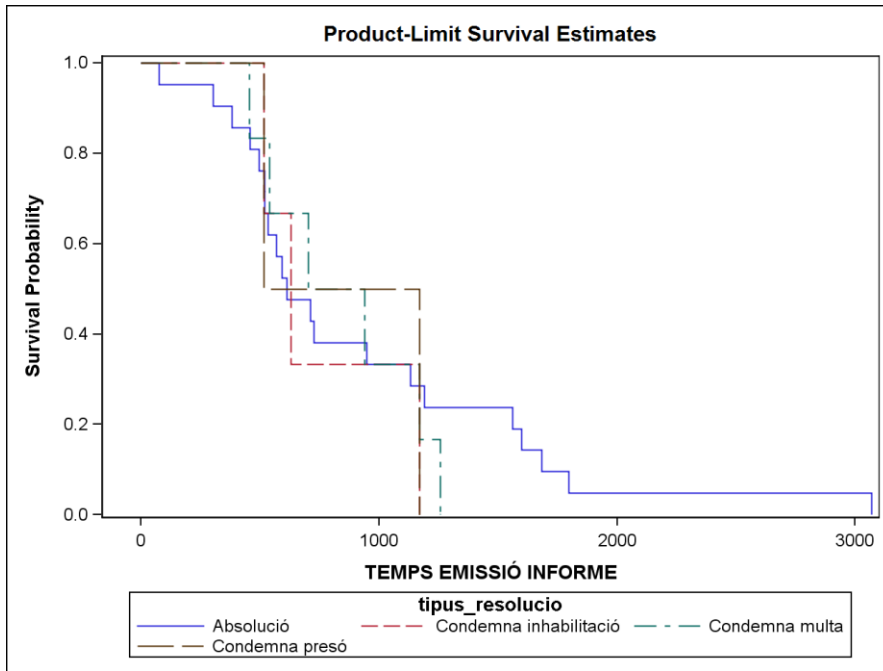


Figura 99. Mediana de temps en dies transcorregut entre l'emissió de l'informe i la data de la sentència.

6. DISCUSSIÓ

6. DISCUSSIÓ

6.1. Aspectes epidemiològics generals de les reclamacions per responsabilitat professional mèdica

Els nostres resultats evidencien que, en el 89.05% dels casos, la intervenció del metge forense es realitza a partir de la sol·licitud d'un jutjat d'instrucció, essent la penal la via d'inici més habitual de reclamació mitjançant una denúncia (45.58%), una querella (18.37%) o penal indeterminada (26.50%), tònica que es manté al llarg de tots els anys d'estudi.

Aquest resultat podria explicar-se pel fet que l'anàlisi de la mostra es realitza a partir de la pericial elaborada pel metge forense i, per tant, la via més habitual d'actuació medicoforense en el nostre àmbit és la via penal.

La dada coincideix amb el resultat del treball publicat per Rodríguez Hornillo *et al.* (2011), el qual conclou que, en matèria de responsabilitat mèdica, la via judicial és una via d'inici freqüent de reclamació i, en concret, la via penal²⁴. També coincideix en aquest aspecte l'estudi publicat per Hammami *et al.* (2005) a Tunísia durant els anys 1987 a 2003. En la seva mostra, el 92% de les reclamacions es van iniciar per via penal. En aquest cas, l'autor ho atribueix a la rapidesa i gratuïtat del procediment penal⁸⁶.

Tanmateix, Pujol *et al.* (1997) expliquen aquests resultats pel fet que les denúncies o querelles s'interposen davant el jutjat d'instrucció del partit judicial corresponent al lloc on van ocórrer els fets i la majoria de denúncies es tramiten per la via penal¹⁸. En aquest sentit, l'article publicat per Alvarez González *et al.* (2007) sobre un estudi retrospectiu de les denúncies per mala praxi realitzat a la província de Màlaga, coincideix a afirmar que en el 51% dels casos de la seva mostra la via d'inici de la reclamació és una denúncia interposada pel mateix pacient, i en el 40% dels casos la denúncia és interposada per un familiar del perjudicat. Els lletrats només van iniciar, directament, el 9% de les denúncies. Cap procediment no va ser iniciat d'ofici²⁹.

En canvi, segons la memòria publicada pel Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi de Metges de Barcelona durant l'any 2008, el 62% de

les reclamacions van seguir una via extrajudicial enfront del 23% que van seguir la via judicial i, en concret, la via penal; això va suposar durant aquest any una reducció de 13 punts respecte al 2007, i es confirma, per tant, una tendència a la gestió extrajudicial de les reclamacions²⁷.

Els nostres resultats mostren que, tot i que la via més freqüent d'inici d'una reclamació judicial en matèria de responsabilitat mèdica és la penal, només en el 22.61% dels casos hi ha hagut judici, el 48.44% dels quals ha estat un judici al jutjat del penal i el 14.06%, un judici de faltes al jutjat d'instrucció. La resta de casos han estat procediments civils (4.6%), renunciacions (1.5%), bé judicis orals dels quals es desconeix la jurisdicció (28.1%) o bé procediments que es troben pendents de judici (3.13%).

Per altra banda, de l'estudi de les sentències analitzades es desprèn que en el 72.41% dels casos la sentència final és absolutòria.

Aquests resultats confirmarien que la majoria de denúncies interposades per la via penal que arriben a judici acaben en absolucions, bàsicament perquè es considera que no hi ha responsabilitat penal dels facultatius. En conseqüència, entenem que s'haurien de buscar altres vies alternatives a la jurisdicció penal per gestionar la responsabilitat mèdica i, en el cas que fos necessari, restituir el dany causat sense intervenció judicial.

De fet, la gestió extrajudicial, tal i com afirma Arimany (2011), ha augmentat en el COMB²⁷. Aquesta opció també és valorada per Hernández Moreno *et al.*(2002), el qual afirma que la via extrajudicial alternativa pretén garantir les indemnitzacions d'una forma més àgil i, alhora, emparar els professionals sanitaris⁸¹. Aquesta idea també troba suport en autors com Rodríguez Hornillo *et al.* (2011), que també coincideix a assenyalar l'existència de «pressió judicial» sobre el professional sanitari²⁴.

L'article publicat per Engel *et al.*(2010) refereix que les estadístiques demostren que la mala praxi és relativament poc freqüent, amb una prevalença de l'1%. De fet, la proposta dels autors és canviar el sistema legal, atès que el consideren molt estressant. Amb un canvi del sistema legal, possiblement es reduirien costos i minvaria la medicina defensiva¹³.

En la nostra mostra el 72.08% dels dictàmens pericials emesos en matèria de responsabilitat mèdica es troben signats per un sol metge forense, enfront del 27.82% que estan signats per dos.

Tanmateix, només en un 26.15% dels casos es sol·licita suport especialitzat i, d'aquests, en un 22.26% l'especialista signant és metge forense mentre que en 3.89% l'especialista és un facultatiu assistencial, i aquesta situació es manté al llarg dels anys d'estudi.

Segons autors com Medallo *et al.* (2006), Pujol *et al.* (1997) i Pujol *et al.* (2012), la valoració pericial de la responsabilitat mèdica pot ser molt complexa i per aquest motiu els autors estan d'acord que l'elaboració i emissió del dictamen pericial hauria de fer-se en alguns casos per un metge forense i un facultatiu especialista, metge forense o bé assistencial^{16,18,87}. En la mateixa línia que els autors anteriors es manifesten Romero Palanco (2002) i Montero Juanes (2002), que coincideixen en el fet que el metge forense pot no tenir suficients coneixements tècnics per peritar conflictes de responsabilitat mèdica en totes les especialitats i subespecialitats de la medicina i aconsellen, per tant, el suport especialitzat^{21,83}.

Els resultats obtinguts posen de manifest que l'habitual en el Servei de Clínica Medicoforense a la seu de Barcelona ciutat és que s'emetin les pericials signades per un sol metge forense i no especialista. Aquestes dades podrien explicar-se per diverses raons: podria ser que la pericial emesa no fos d'una complexitat prou important que justifiqués la intervenció de dos pèrits. O bé que, tot i que hi ha metges forenses que disposen d'una altra especialitat, no totes les especialitats tenen un metge forense amb títol d'especialista. En aquests casos caldria sol·licitar el suport d'un facultatiu especialista no metge forense però aquest circuit no es troba establert ni contemplat d'una forma reglada.

Entenem que caldria una relació més protocol·litzada entre l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, Departament de Justícia i Departament de Sanitat per tal que, d'alguna manera, la col·laboració entre els diferents

professionals es pogués establir d'una forma més àgil i dinàmica, mantenint sempre el criteri d'objectivitat i imparcialitat que caracteritza tota pericial pública en aquesta matèria.

Un dels aspectes més rellevants de les denúncies per possible mala praxi mèdica és conèixer quin és el motiu pel qual el pacient reclama. Què és el que es qüestiona de la praxi mèdica i porta el pacient o els familiars a iniciar un procediment judicial o bé una reclamació contra el facultatiu o centre sanitari. Conèixer la queixa de l'usuari és un element fonamental per tal de poder esmenar possibles disfuncions assistencials, realitzar posteriorment medicina legal preventiva i, sobretot, millorar la seguretat del pacient.

Els nostres resultats mostren que el motiu més freqüent de reclamació és el mal resultat terapèutic (32.86%); en segon lloc, trobem la mala tècnica quirúrgica (19.08%); en tercer lloc, les complicacions evolutives durant el procés assistencial (13.7%), i, en quart lloc, com a aspecte rellevant, trobem l'error diagnòstic (11.66%). Observem, també, que el defecte de resultat és el motiu de reclamació més freqüent al llarg dels anys d'estudi.

Entenem que hi ha mal resultat terapèutic quan es produeix un dany al pacient, sigui per existència de seqüeles derivades del procés assistencial o bé, fins i tot, la mort. Es produeix una reclamació quan hi ha un resultat inesperat o un efecte advers derivat del procés assistencial.

Aquests resultats es podrien explicar pel fet que la població en general percep l'existència d'un mal resultat terapèutic com a sinònim de mala praxi i això també justificaria l'inici d'una reclamació en la jurisdicció penal. Tal i com refereix Cohen *et al.* (2007), una reclamació per mala praxi arriba quan el reclamant al·lega que una conducta negligent li ha ocasionat un dany⁸⁸.

Sanz Martín *et al* (2012) sobre la mostra d'un total de 96 sentències judicials conclou que l'existència de seqüeles, la mort del pacient i els períodes d'incapacitat temporal són les circumstàncies més freqüentment reclamades per pacients que s'han sotmès a un procediment quirúrgic a nivell de maluc⁸⁹.

Igualment, l'estudi realitzat per Hammami *et al.* (2005) refereix que la mort o bé l'existència de seqüeles són les causes més habituals de reclamacions⁸⁶.

Aquestes dades coincideixen amb les de l'article publicat per Hernández Gil (2008), sobre un estudi realitzat per la Subdirecció Sanitària de l'INSALUD en el qual estableix que un 30% de les reclamacions sorgeixen perquè es produeix la mort del pacient i un 70%, per l'existència de lesions o bé seqüeles⁶. Els resultats publicats per Álvarez González *et al.* (2007) arran d'un estudi retrospectiu de denúncies per mala praxi a la província de Màlaga evidencien que, en la seva mostra, el 66.6% dels actes mèdics denunciats ho van ser per existència de lesions i el 33.4%, per resultat de mort²⁹.

Els nostres resultats són coincidents amb aquestes dades, ja que objectivem que, quan el pacient té seqüeles, el motiu més habitual de reclamació és el mal resultat terapèutic.

En canvi, en el cas en què es produeix la mort del pacient, la nostra anàlisi mostra que el motiu més freqüent de reclamació no és el mal resultat terapèutic sinó l'error diagnòstic i manca de control evolutiu i, en segon lloc, el retard assistencial. Aquests resultats són lògics si es tenen en compte les característiques de tot procés assistencial: les seqüeles derivades s'atribueixen habitualment a un mal resultat; la mort del pacient entra més en el concepte d'evitabilitat. Això pot explicar perquè en cas de mort l'error diagnòstic o manca de control evolutiu són les circumstàncies més reclamades.

Els nostres resultats també conclouen que, del total de la mostra estudiada (n=283), en 110 casos el pacient ha tingut seqüeles (56.70%) i en 91 casos ha mort (32.16%). L'article publicat per Santiago-Sáez *et al.* (2010), una de les seves conclusions és que l'existència de seqüeles permanents són més denunciades que la mort³⁰. Aspecte amb el que també coincideix l'estudi realitzat per Sanz Martín *et al.* (2012) on en la seva mostra s'objecta que en el 75% dels casos les reclamacions interposades són per seqüeles, el 18% per la mort del pacient i en el 7% de casos es reclama per haver ocorregut un període d'incapacitat temporal⁸⁹.

Madhavian *et al.* (2010), en l'estudi realitzat sobre 417 reclamacions produïdes durant els anys 1993 fins al 2007 a Holanda, valora com a motius més habituals de reclamació el tractament inadequat (34.8%), defecte diagnòstic (33.8%), error de tècnica quirúrgica (13.5%), retard assistencial (6.3%),

tractament erroni (5.4%), intervenció innecessària (4%), mala comunicació (3.1%) i, finalment, error diagnòstic (2.2%)³⁹.

Segons Madea *et al.*(2009), en la seva mostra, els motius més freqüents de reclamació van ser: omissió de tractament, complicacions pre, per o postquirúrgiques, terapèutica inadequada, manca de control evolutiu, errors de medicació o efectes adversos de la medicació⁹⁰.

Igualment, Sttudert *et al.* (2006), en l'article «Claims, errors and compensation payments in medical malpractice litigation» observa que, en 1.452 reclamacions per possible mala praxi, es demanda per existència de danys al pacient o errors mèdics. En aquesta mostra, observa que en el 97% dels casos s'ha produït un dany al pacient i en el 63% dels casos, un error mèdic²⁶.

En canvi, segons la memòria publicada pel Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, durant el període comprès entre 1990 i 2007, el primer motiu de reclamació dels pacients va ser el defecte de pràctica quirúrgica en un 28.3% dels casos. L'error diagnòstic constituïa el 16.7% de les reclamacions, les complicacions postquirúrgiques l'11.6%, l'existència de seqüeles el 10.9% i el defecte d'informació el 5.1%, la resta corresponia al 16.7%²⁷.

Respecte a la falta d'informació, els nostres resultats coincideixen amb els publicats per altres autors, essent el defecte d'informació o de consentiment informat motiu de reclamació en el 2.12% dels casos quan es tracta d'una reclamació per la via penal^{27,39}.

Són rellevants les dades publicades per Sanz Martín *et al* (2012) sobre la manca d'informació com a causa de reclamació. En 36 dels 96 casos analitzats pels autors, s'al·legava que el pacient no havia estat informat adequadament. En 11 casos hi va haver condemna (no consta la jurisdicció), en 19 casos es va considerar que la informació havia estat suficient. En 6 casos, el tribunal no va considerar aquesta dada rellevant⁸⁹.

En la nostra mostra observem que la mitjana d'edat dels pacients afectats per una possible mala praxi és de 48 anys. L'edat mínima correspon a 0 (es tracta d'un fetus) i la màxima és de 90.

Tanmateix, podem observar que la mitjana d'edat en què el malalt presenta seqüeles correspon a 44.6 anys, mentre que la del pacient que ha mort correspon a 56 anys.

Segons aquests resultats, podem afirmar que seria la franja d'edat compresa entre els 44 i 57 anys en la qual es produeixen més reclamacions. Les edats inferiors i les superiors no es veuen tan afectades per complicacions derivades de l'assistència sanitària, o bé ni els pacients ni familiars interposen reclamacions. És, per tant, la dècada que correspon a l'adult encara amb vida activa sana en la qual es generen més conflictes assistencials.

Aquests resultats podrien explicar-se pel fet que, socialment, la dècada compresa entre els 45 i 55 anys es considera com una etapa de maduresa i encara de plenitud física i laboral i, per tant, ni les discapacitats ni la mort no són tan acceptades com en fases avançades de la vida. I en edats inferiors, la demanda assistencial possiblement no és tan freqüent o bé la supervivència és superior.

Respecte a la franja d'edat dels pacients que més habitualment reclamen segons l'estudi realitzat per Somville *et al.*(2010) és la compresa entre 35 i 49 anys⁴⁹.

En canvi, en el treball publicat per Hammami *et al.* (2005), la mitjana d'edat correspon a 32 anys, amb una franja compresa entre els 20 i 40 anys⁸⁶. Mentre que, segons Martínez León *et al.* (2009), la mitjana d'edat correspon a 38 anys en una franja compresa entre els 35 i 49 anys⁶⁶.

En conseqüència, la majoria d'autors consultats coincideixen que la franja d'edat més freqüent de reclamació és la compresa entre els 30 i 50 anys aproximadament.

Pel que fa al sexe, en tots els anys estudiats de la nostra sèrie, excepte el 2009, són les dones les més afectades respecte als homes. Tanmateix, són les dones les que resten amb més seqüeles respecte als homes i també són les dones les que més freqüentment moren per les complicacions assistencials (64.40% de dones respecte al 35.60% d'homes).

Aquestes dades coincideixen amb les de l'article publicat per Madea *et al.* (2009) «Medical negligence in drug associated deaths», en el qual observa que en una mostra d'un total de 4.450 casos de reclamacions per mala praxi mèdica en els quals es va produir la mort del pacient, 295 casos eren dones respecte a 262 homes⁹⁰.

Altres autors com Hernández Gil (2008) o bé Sttudert *et al.* (2006) en l'article publicat *Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation*, coincideixen en el fet que són les dones les més afectades respecte als homes^{6,26}. En la sèrie de Sttudert *et al.*, en concret, un 60% són dones i un 40% homes²⁶.

En canvi, la sèrie publicada per Somville *et al.* (2010), en la qual els autors fan una anàlisi d'errors quirúrgics en reclamacions per mala praxi a Bèlgica, el 51% dels reclamants són homes mentre que el 49% són dones⁴⁹.

La publicació realitzada per Álvarez González *et al.* (2007) també coincideix en un major nombre de dones (54%) que reclamen respecte als homes (46%)²⁹.

Cohen *et al.* (2007), en el seu estudi realitzat entre els anys 2000 a 2004 a diferents estats dels Estats Units, observa que en tots els casos les dones reclamen més que els homes⁸⁸.

Aquesta coincidència de resultats quant al sexe en pràcticament tots els estudis consultats no es troba explicada per cap motiu, però entenem que, a part que les dones potser necessiten més assistència al llarg de la seva vida, també pot ser que, quan demanen un procés assistencial, es troben en un estat de salut més greu i, per tant, les conseqüències també ho són.

Aspecte que seria reforçat pel fet que segons el nostre estudi, l'edat mitjana de les dones que han estat ateses és inferior a la dels homes (46.6 anys de les dones i 51.9 anys en el cas dels homes).

6.2. Especialitats de més risc de reclamació

Els nostres resultats mostren que les especialitats quirúrgiques (66.78%) tenen més reclamacions que les mèdiques (30.04%) i es manté aquesta situació al llarg de tots els anys estudiats.

Dins les especialitats més conflictives en la nostra mostra hi trobem (de més a menys): cirurgia ortopèdica i traumatologia, ginecologia i obstetrícia, cirurgia general i oftalmologia. Medicina interna, en canvi, ocupa el setè lloc.

Al llarg dels anys d'estudi, cirurgia ortopèdica i traumatologia es manté com l'especialitat més reclamada durant els anys 2004 i 2005. Ginecologia i obstetrícia ho va ser durant els anys 2006 i 2007 i oftalmologia, durant el 2008 i 2009.

Respecte a l'especialitat de ginecologia i obstetrícia, podem observar que el 74.28% de les reclamacions afecten l'àrea d'obstetrícia, mentre que només el 25.71% corresponen a ginecologia. Aquesta dada coincideix amb la de l'estudi publicat el 2013 per Gómez-Durán *et al.*, en el qual recull que la majoria de reclamacions es produeixen per problemes durant el treball de part. Aquest estudi es va realitzar sobre 885 reclamacions d'aquesta especialitat produïdes durant els anys 1986 fins al 2010 i estudiades pel Servei de Responsabilitat Professional del COMB. La causa més freqüent de reclamació era la mort fetal⁹¹. Constitueix, per tant, per als autors una especialitat d'alt risc de reclamació^{33,91}.

En la nostra mostra observem també que és l'obstetrícia la que pateix el major nombre de reclamacions i bàsicament els motius són els problemes durant el part: seqüeles fetals i/o materna o bé la mort.

Estudis publicats per autors com Robinson *et al.* (2005) reflecteixen les conseqüències del gran nombre de reclamacions d'aquesta especialitat. Les taxes de les asseguradores són tan elevades que els metges prefereixen no fer aquesta especialitat o bé no exercir-la en aquells estats on hi ha més reclamacions⁹².

L'estudi publicat per Jena *et al.*(2011) també coincideix que les especialitats quirúrgiques tenen un risc més alt de patir una reclamació respecte a les mèdiques²⁸.

Hi poden haver diverses causes que expliquin aquests resultats. Les especialitats quirúrgiques són més agressives que les mèdiques. També, les tècniques quirúrgiques són cada cop més complexes i, per tant, pot existir més risc de complicacions, seqüeles i mort del pacient. Com més complex és el procés assistencial, més risc de reclamacions existeix. Les especialitats quirúrgiques són habitualment més agressives i d'elevada complexitat tècnica⁶.

Aquest aspecte, en el nostre cas, es confirmaria pel fet que la nostra sèrie objectiva que són les especialitats quirúrgiques (87%) les que tenen un percentatge més elevat de seqüeles respecte a les especialitats mèdiques (20%). En canvi, el percentatge de pacients morts durant el procés assistencial és el mateix en les especialitats mèdiques que en les quirúrgiques.

L'article publicat per Nunzio di Nunno *et al.* (2004), en el qual realitza un estudi a partir d'una mostra de 364 casos, estableix una proporció d'especialitats quirúrgiques reclamades del 52% enfront del 41% de les disciplines mèdiques³⁴. L'anestesiologia la valora apart i constitueix el 7% restant. També hi coincideix l'article publicat per Singh *et al.* (2007), en el qual, en una sèrie de 240 casos, el 74% de les reclamacions anaven dirigides a les especialitats quirúrgiques³⁵.

Tot i que els autors coincideixen que les especialitats quirúrgiques són les més conflictives, hi ha discrepàncies quant a quines són les més reclamades. Així doncs, Hammami *et al.* (2005) valoren com a més denunciada ginecologia i obstetrícia, seguida de cirurgia ortopèdica i traumatologia. Anestesiologia es troba en quart lloc i la cirurgia general, en el cinquè⁸⁶. En canvi, en la sèrie estudiada per Santiago-Sáez *et al.* (2010), l'especialitat més conflictiva és medicina d'urgències, mentre que considera la neurocirurgia com la quarta especialitat de més risc a Espanya³⁰.

Nunzio di Nunno *et al.* (2004) i Singh *et al.* (2007) coincideixen a establir ginecologia i obstetrícia com l'especialitat més reclamada de la seva mostra,

seguida de cirurgia general. La medicina d'urgències quedaria en tercer lloc^{34,35}. En canvi, Brown *et al.* (2010), en l'estudi realitzat sobre 11.529 denúncies per possible mala praxi, indica que la medicina d'emergències constitueix l'especialitat més reclamada³².

En la mostra de Mahdavian *et al.* (2010), és la cirurgia general, seguida de la cirurgia ortopèdica i traumatologia, cirurgia plàstica, neurologia i neurocirurgia, les especialitats de més conflicte³⁹.

Jena *et al.* va realitzar un estudi publicat el 2011 sobre reclamacions produïdes entre el 1991 fins al 2005 per mala praxi. Les especialitats més reclamades durant aquest període de temps van ser: neurocirurgia (19.1%), cirurgia cardiovascular (18.9%) i cirurgia general (15.3%). En canvi, medicina de família només va tenir el 5.2% de les reclamacions, pediatria el 3.1% i psiquiatria el 2.6%. La resta serien altres especialitats. En la nostra mostra, en canvi, la neurocirurgia només té el 2.47% de les reclamacions²⁸.

En la publicació realitzada per Alvarez González *et al.* (2007) en una mostra de 87 casos, 15 corresponien a cirurgia ortopèdica i traumatologia, 11 a ginecologia i obstetrícia, i 13 casos corresponien a altres especialitats quirúrgiques. En canvi, especialitats com odontologia o cirurgia plàstica només van tenir 4 denúncies entre les dues. En el nostre cas, en canvi, l'estomatologia constitueix la cinquena especialitat més denunciada amb 19 casos i cirurgia plàstica i reparadora apareix entre les especialitats de menys risc (inferior a 10 casos)²⁹.

Coincideix amb aquestes dades Perea Pérez *et al.*, els quals, segons l'article publicat el 2009, cirurgia ortopèdica i traumatologia és l'especialitat més conflictiva, seguida de ginecologia i obstetrícia²⁵.

Sttudert *et al.*, en l'article publicat el 2006 realitzat sobre una mostra de 1.452 reclamacions per possible mala praxi, van observar que ginecologia i obstetrícia era l'especialitat més conflictiva amb el 19% de les reclamacions, seguida de la cirurgia general amb el 17%. En tercer lloc, en aquesta mostra, trobem medicina de família amb el 16% de les reclamacions. En canvi, en la

nostra mostra, medicina familiar i comunitària únicament té el 2.12% de les reclamacions, i es situa entre les especialitats menys denunciades²⁶.

En canvi, Hernández Gil *et al.* (2008) consideren la cirurgia ortopèdica i traumatologia l'especialitat de més conflicte (14.38%) seguida de medicina de família i medicina general en el 13.03%; situen ginecologia en el tercer lloc amb un 11.71% dels casos⁶.

Segons Yang *et al.* (2009), les sis especialitats amb més problemes judicials són: medicina d'urgències, neurocirurgia, cirurgia general, cirurgia ortopèdica i traumatologia, ginecologia i obstetrícia i radiologia. En la nostra mostra, les sis especialitats més denunciades són: cirurgia ortopèdica i traumatologia, ginecologia i obstetrícia, cirurgia general, oftalmologia, estomatologia i medicina general (entenent-se com l'assistència al servei d'urgències atès que com especialitat encara no es troba contemplada en el nostre país). En la nostra mostra, la radiologia no es troba dins de les especialitats que generen més risc de reclamació³³.

Els nostres resultats coincideixen amb els publicats per Aranaz-Andrés *et al.* (2009), en els quals s'observa que hi ha major proporció d'aparició d'efectes adversos greus en els serveis quirúrgics que en els mèdics⁴⁷.

Una troballa que podem considerar rellevant en la nostra mostra correspondria a l'especialitat d'anestesiologia i reanimació, la qual només té el 3.53% de les reclamacions. En el nostre àmbit, durant els anys vuitanta i començaments dels noranta, l'anestesiologia era una de les especialitats més conflictives. En canvi, en l'actualitat aquesta situació ha canviat radicalment. Els factors que hi poden haver incidit serien el major control anestesiològic i els protocols actuals, que vigilen per la seguretat del pacient: la valoració anestesiològica preoperatori, el control protocol·litzat de l'utilatge anestèsic i el control postoperatori immediat del pacient per part dels anestesiològics tots ells poden haver influït en la reducció de les complicacions anestèsiques. L'article publicat per Gaba (2000) coincideix amb aquests aspectes afirmant que aquesta especialitat actualment és molt més segura que fa 25 o 50 anys enrere i un dels factors crucials per aconseguir-ho ha estat la conscienciació dels professionals en

matèria de seguretat del pacient amb monitoratge continuat pre, per i postoperatori⁹³.

Les dades facilitades pel Servei Català de la Salut en una mostra de 3.436 reclamacions produïdes durant els anys 2004 a 2009 en hospitals pertanyents a la xarxa de la sanitat pública de Catalunya, indiquen que els professionals més reclamats són aquells que no tenen cap especialitat, seguits pels especialistes en ginecologia i obstetrícia, medicina d'urgències, cirurgia ortopèdica i traumatologia, oftalmologia i anestesiologia³⁶.

L'article publicat per Madea *et al.* (2009), on es realitza una anàlisi retrospectiva de 4.450 autòpsies de presumpta mala praxi a 17 instituts de medicina legal alemanys, coincideix també amb les dades anteriorment referides quant a l'elevat nombre de reclamacions de les especialitats quirúrgiques respecte a les mèdiques. En segon lloc, trobem medicina interna, medicina general, emergències, anestesiologia, traumatologia i ginecologia⁹⁴.

Si realitzem una anàlisi per especialitats, podem observar que els motius de reclamació per part dels pacients varien. Els nostres resultats evidencien que el dèficit de control evolutiu, l'error diagnòstic i la complicació anestèsica són els motius més habituals de reclamació en les especialitats mèdiques, mentre que el mal resultat, retard diagnòstic i les complicacions evolutives afecten més les especialitats quirúrgiques. Podem dir, doncs, que aquests resultats coincideixen amb el fet que, en l'àmbit quirúrgic, el defecte de resultat, entès com l'existència de seqüeles o mort, el retard diagnòstic i les complicacions evolutives són els motius més freqüents de reclamació i poden estar relacionats amb la cirurgia intervencionista.

Als Estats Units existeix un model assistencial anomenat «model hospitalista», el qual també s'ha implantat a la Clínica Universitària de Navarra. Aquest model es caracteritza per la realització del treball en equip, per la cooperació interdisciplinària tant de metges com de professionals d'infermeria. S'aplica fonamentalment en pacients ingressats en la unitat de cures intermèdies, tributaris tant de tractaments mèdics com quirúrgics i que tinguin pluripatologies. Consisteix en la col·laboració entre un metge especialista de medicina interna i el metge responsable assistencial de l'especialitat

corresponent, amb el suport del personal d'infermeria especialitzat, un farmacèutic, un especialista en radiologia i un en microbiologia clínica. El metge «hospitalista» actua com a coordinador del procés assistencial. Visita el pacient abans de l'ingrés. Durant l'ingrés hospitalari realitza dues visites, una al matí i una a la tarda, fins a l'alta hospitalària. El pacient quirúrgic és un pacient especial amb el qual cal un adequat maneig dels fàrmacs anticoagulants, antiagregants, antihipertensius, controls metabòlics i del dolor. Aquest model multidisciplinari suposa una millor atenció al pacient, una major protecció i, de fet, els estudis corroboren que amb aquest model s'ha observat una reducció de la mortalitat de l'11% atès que el diagnòstic de les complicacions és precoç i el tractament més eficaç, alhora que millora la formació dels metges residents⁹⁵.

Tanmateix, segons els autors, aquesta col·laboració ha tingut l'acceptació de tots els professionals, un dels motius que n'ha afavorit l'èxit.

Entenem que si els nostres resultats evidencien que en les especialitats quirúrgiques els motius de reclamació més habituals són el retard diagnòstic i les complicacions evolutives, la implementació del model assistencial anteriorment referit podria ser una manera de millorar aquests aspectes, ja que la intervenció especialitzada multidisciplinària permetria un millor control evolutiu del pacient. L'article publicat per Somville *et al.* (2010) també coincideix que la millor comunicació i col·laboració entre professionals pot reduir els errors tècnics durant el procés assistencial, sobretot en pacients quirúrgics o amb factors premòrbids⁴⁹.

Dins de les especialitats més conflictives que abans hem assenyalat, cal destacar que en el cas de cirurgia ortopèdica i traumatologia els nostres resultats evidencien que el motiu més habitual de reclamació és el mal resultat i, en conseqüència, l'existència de seqüeles. Igualment passa en el cas d'oftalmologia, estomatologia i medicina estètica. En canvi, en el cas de ginecologia, el motiu més habitual de reclamació és l'existència de cossos estranys a l'organisme (gases o material quirúrgic).

Aquestes referències coincideixen amb les de l'article publicat per Perea Pérez *et al.*(2009), en el qual els autors realitzen una anàlisi de sentències judicials i

coincideixen també amb els nostres resultats en els aspectes següents: cirurgia ortopèdica i traumatologia té reclamacions per complicacions derivades de la cirurgia pròpiament dita. En el cas de ginecologia els motius són les complicacions quirúrgiques, farmacològiques o derivades de la cirurgia contraceptiva, així com problemes de diagnòstic i tractament del càncer de mama; en el cas d'obstetrícia, les complicacions neonatals i les del part, seguides dels errors o defectes de diagnòstic prenatal van ser les causes de reclamació més freqüents. Quant a anestesiologia, les reclamacions més freqüents venien derivades de seqüeles de tipus neurològic i la mort. En la nostra mostra, podem observar, en canvi, que el motiu més freqüent de reclamació en aquest cas, és la complicació anestèsica en primer lloc i, en el segon, el mal resultat²⁵.

L'article publicat per Madhavian *et al.*(2010), realitzat a Holanda sobre reclamacions postquirúrgiques en cirurgia de mà i canell, explica que els motius més freqüents de reclamació són: tractament inadequat, defecte de diagnòstic, error d'interpretació radiològica i retard de tractament. En el 3.1% dels casos la reclamació es produïa per mala comunicació o inadequat emplenament de la història clínica³⁹.

En el cas de la cirurgia bariàtrica, d'un total de 4.157 intervencions van reclamar 49 pacients per 54 complicacions, essent la dehiscència de sutura la complicació més freqüent. Van morir 23 pacients i 26 van quedar amb seqüeles greus, estudi publicat per Bruguera *et al.* (2012)^{96,f}

Segons Dove *et al.*(2010), en el cas de la cirurgia cardiovascular, l'error diagnòstic és el motiu més habitual de reclamació⁸².

El treball publicat per Rodríguez Pérez *et al.*(2010), en el qual es realitza una anàlisi de les reclamacions dels usuaris en un centre d'atenció primària, podem observar que els motius de reclamació més habituals en el cas de medicina de família són: el tracte personal rebut, falta de recursos humans, problemes amb la cita, retard en l'assistència, llistes d'espera i problemes organitzatius⁴¹.

^f Estudi realitzat sobre expedients per reclamacions del Servei de Responsabilitat Mèdica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya per pressumpta mala praxi en pacients intervinguts d'obesitat mòrbida en centres privats de la ciutat de Barcelona).

6.3. Sanitat pública/sanitat privada

En la nostra mostra veiem que la sanitat privada (clíniques o bé hospitals) rep més reclamacions per possible mala praxi que no pas els centres hospitalaris de caràcter públic (40.28% de les reclamacions van dirigides a la sanitat privada i només el 28.62% a l'àmbit de l'assistència pública. La resta es distribueixen entre altres centres o consultes privades) i es manté aquesta situació al llarg dels anys d'estudi. Entenem que factors com la població, tipus d'hospitals, la qualitat dels professionals, els mitjans de què es disposa i també el nombre d'actes mèdics que es realitzen poden condicionar resultats dispars en relació amb l'anàlisi d'aquesta variable.

Els resultats que hem obtingut s'han elaborat a partir de les pericials medicoforenses realitzades per metges forenses de Barcelona ciutat. Tot i que s'han acceptat algunes pericials de fora de la ciutat de Barcelona, atès que un dels metges forenses signants era de Barcelona ciutat. Podem afirmar que els centres sanitaris que pertanyen a la xarxa sanitària pública de la ciutat de Barcelona tenen menys denúncies que els privats.

El que no hem realitzat és un estudi comparatiu per hospitals. Tot i que som conscients que s'ha perdut una dada rellevant, entenem que aquest no era el motiu d'aquest treball; a més, existia un compromís de confidencialitat.

Segons l'article publicat per Álvarez González *et al.* (2007), en una sèrie de 39 casos, el 52% de les reclamacions es van produir com a conseqüència d'un procés assistencial realitzat en l'àmbit públic i el 44%, en l'àmbit de la sanitat privada (Màlaga 2007). En el 4% dels casos es van veure implicats els dos sistemes sanitaris. Tot i així, els autors interpreten aquest resultat com de cert equilibri entre el nombre de reclamacions entre la sanitat pública i la privada encara que accepten que el nombre d'actes mèdics de la sanitat pública és molt més elevat que en l'àmbit de la privada²⁹.

Coincideix amb l'anterior el treball realitzat per Santiago-Sáez *et al.*(2010), la sèrie del qual, centrada en l'especialitat de neurocirurgia, també té més reclamacions en l'àmbit de la sanitat pública que no en la privada: 70.2% hospital públic, 22.8% hospital privats, 7% centre sense ingrés privat³⁰.

Els resultats presentats per Nunzio Di Nunno *et al.* (2004), Hammami *et al.* (2005), Madea *et al.* (2009) i també conclouen que el nombre de reclamacions en la sanitat pública supera els de la privada (62% en el sector públic i un 38% en el privat segons Hammami *et al.*)^{34,86,94}.

El que observem, per tant, és que els nostres resultats no coincideixen amb els obtinguts per altres autors. Tal i com hem referit anteriorment, entenem que hi ha molts factors que poden incidir en aquestes dades: tipus de població atesa, nombre d'actes mèdics, tipus de professionals i característiques pròpies dels actes mèdics, l'organització sanitària pròpia de cada país, així com disponibilitat de mitjans.

També podria ser important conèixer si hi ha diferències entre els motius de reclamació dels pacients en l'àmbit del sector públic respecte al privat.

Els nostres resultats evidencien que, en el sector públic, els motius més freqüents de reclamació són el retard diagnòstic, les complicacions postquirúrgiques, el retard assistencial i la terapèutica inadequada.

En la sanitat privada, en canvi, els motius més freqüents de reclamació són, com a més rellevants, el control evolutiu deficient, mala tècnica quirúrgica, complicacions anestèsiques, infeccions i mal resultat. Potser podria explicar el motiu de reclamació el control evolutiu deficient en l'àmbit de la sanitat privada, és a dir, la manca de supervisió continuada del pacient per part dels professionals. A diferència de la sanitat pública, en l'àmbit privat no es disposen de tants professionals, ni a nivell mèdic ni a infermeria, sobretot en festius o bé períodes de vacances, i això podria justificar un control evolutiu menys rigorós del pacient i manca de detecció precoç de complicacions.

És complex poder extreure unes conclusions objectives de les diferències evidenciades, bàsicament perquè, per una banda, no podem realitzar una anàlisi comparativa amb altres publicacions, atès que no hem trobat cap treball que compari la sanitat pública amb la privada en la variable «motiu de reclamació». Les dades publicades per Aranaz-Andrés *et al.* (2009) es van realitzar sobre l'impacte dels efectes adversos en hospitals públics espanyols. L'article, en aquest cas, compara les característiques pròpies de cada hospital

(gran, mitjà o petit) i els tipus d'efectes adversos apareguts durant el procés assistencial⁴⁷. Ara bé, tal i com hem assenyalat, tots els hospitals són de caràcter públic. Els motius de reclamació en aquest cas fan referència a: efectes adversos inherents al procediment, infeccions nosocomials, ús de medicació, incidències associades a l'atenció al pacient o, finalment, al diagnòstic.

Per altra banda, cal tenir en compte que hi ha múltiples factors que no hem pogut objectivar en aquest treball i que poden haver incidit en aquests resultats, tals com: nombre d'actes assistencials totals en cada centre sanitari, disponibilitat de mitjans o àrees poblacionals (perfil de la població o estat de salut previ com a factors rellevants).

Respecte als centres d'atenció primària, els nostres resultats evidencien que el 3.89% de les reclamacions van dirigides als ambulatoris i els motius més freqüents pels quals els pacients reclamen són: mal resultat i complicacions evolutives. L'estudi publicat per Rodríguez Pérez *et al.* (2010) en relació amb reclamacions presentades en centres d'atenció primària de Santiago de Compostel·la durant els anys 2007 i 2008, indica una incidència de 4.4 (nombre de reclamacions/1.000 usuaris/any), el que suposa un nombre total de 3.431 reclamacions. En aquest cas, els motius més freqüents de reclamació eren: disconformitat amb l'assistència o tractament rebuts, demora assistencial i llistes d'espera i tracte personal, com a més rellevants⁴¹.

En relació amb les infeccions com a motiu de reclamació, segons l'article publicat per Estrada (eurobaròmetre realitzat l'any 2010 a partir d'una enquesta a ciutadans de 27 països membres de la Comunitat Europea sobre confiança en el sistema sanitari), un 5% dels pacients ingressats en centres hospitalaris presenten com a efecte advers les infeccions. De fet, segons l'autor, a Espanya el 36% de les persones que es van sotmetre a aquesta enquesta pensen que l'efecte advers més factible és la infecció nosocomial. En la nostra mostra, les infeccions suposen el 6.01% del total. Tanmateix, podem observar que, en el 41.18% dels casos, les infeccions afecten centres de caràcter privat, i en el 25.81% dels casos la infecció apareix com a complicació després de l'alta hospitalària⁴⁵.

Entenem com a infecció nosocomial no únicament aquella que es produeix durant l'ingrés hospitalari sinó també aquella que apareix com a conseqüència d'una actuació mèdica, aparegui el quadre clínic durant l'estada a l'hospital o bé un cop el pacient sigui donat d'alta.

En funció dels resultats obtinguts, podem afirmar que la infecció és un dels efectes adversos que més preocupa la població espanyola. En la nostra mostra constitueix un 6.01% del total de les reclamacions i són més freqüents en centres privats que en públics. La infecció adquirida en l'àmbit hospitalari constitueix un esdeveniment advers que podria ser evitable amb més conscienciació dels professionals assistencials, tant a nivell mèdic com, fonamentalment, d'infermeria. La millora de la higiene de mans dels professionals, el millor ús dels antibiòtics, així com la mínima manipulació de catèters i sondes podrien ser factors importants tant en la prevenció com en l'evitació de la infecció, alhora que suposaria una disminució dels costos assistencials. Igualment, és fonamental la intervenció i interconsulta de professionals experimentats en infecció nosocomial per tal de poder instaurar mecanismes de control i supervisió continuada en els serveis hospitalaris amb més problemes d'aquest tipus. La notícia publicada pel diari *El País* en data 11 de gener de 2013 així ho ratifica: a partir d'un brot infeccions per una soca multiresistent d'*Acinetobacter baumannii*, es va produir la mort de 101 pacients i se'n van infectar 252 a l'Hospital Doce de Octubre de Madrid. L'hospital va ser condemnat i les víctimes van haver de ser indemnitzades⁹⁷.

Caldria també valorar la possible incidència de l'actual gestió dels centres hospitalaris atès que és probable que la situació econòmica dels últims anys, amb tancament de plantes hospitalàries i reubicació dels pacients en altres serveis, també pugui constituir un factor de risc facilitador tant d'adquisició com de transmissió de la infecció nosocomial.

Per altra banda, segons l'estudi publicat per Aranaz-Andrés (2009) sobre impacte i evitabilitat d'esdeveniments adversos als hospitals públics espanyols (ENEAS), el 43% dels esdeveniments adversos són evitables i el 56.6% d'aquests esdeveniments adversos corresponien a infeccions nosocomials⁴⁷.

Podem observar que, a més, la infecció és més freqüent en les especialitats quirúrgiques que en les mèdiques. L'agressivitat quirúrgica, la necessitat de profilaxi antibiòtica i els cursos postoperatoris complexos poden ser elements que expliquin, en part, aquesta major incidència.

Els nostres resultats conclouen que les especialitats de ginecologia i obstetrícia, anestesiologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia, cirurgia general, estomatologia i medicina estètica presenten més reclamacions en l'àmbit de la sanitat privada que no pas en la pública. En canvi, oftalmologia presenta un major nombre de reclamacions en la sanitat pública que en la privada, igual que en el cas de la medicina interna.

A partir de les dades obtingudes dels informes pericials emesos pels metges forenses no hem pogut saber quins han estat els factors que han incidit en aquestes dades. Sí podem deduir, no obstant això, que en el cas de la medicina estètica i estomatologia, atès que són unes àrees de la medicina no cobertes per la sanitat pública, les reclamacions que es puguin generar necessàriament han de provenir de la sanitat privada.

Ginecologia i obstetrícia també és una especialitat amb elevada assistència en el sector privat, igual que cirurgia ortopèdica i traumatologia i cirurgia general, però desconeixem quins factors han estat els que han condicionat que aquestes especialitats en concret presentin més reclamacions derivades del sector privat.

En canvi, oftalmologia i medicina interna presenten un nombre de reclamacions més elevat en l'àmbit públic que no en el privat. Potser també podria justificarse pel fet que hi ha més demanda assistencial d'aquestes especialitats en hospitals de caràcter públic que privats.

No podem fer cap comparació d'aquestes dades en relació amb altres països o àmbits del territori espanyol, atès que la bibliografia consultada no fa aquestes distincions tan concretes.

Tal i com hem mencionat anteriorment, caldria un estudi més específic de les variables que han pogut motivar aquests resultats per tal de poder realitzar unes conclusions més fiables al respecte. Factors com l'edat dels pacients, les

patologies que motiven l'assistència, nivell social i econòmic són elements que poden condicionar un biaix en els resultats.

Els nostres resultats evidencien que, quan el pacient es troba ingressat, es produeix el major nombre de reclamacions (37.81%) i es manté aquesta situació al llarg de tots els anys estudiats, dada que coincideix amb el treball realitzat per Martínez Mondéjar *et al.* (2013), on en la seva sèrie evidencia que en el 87% dels casos els efectes adversos en els pacients es produeixen durant l'hospitalització. En segon lloc, trobem les complicacions i, per tant, reclamacions produïdes després de l'alta hospitalària. En tercer lloc, durant el seguiment evolutiu del pacient, i en quart lloc, constituint el 10.25% dels casos, les reclamacions produïdes durant l'assistència del pacient al servei d'urgències⁴⁴.

Si valorem la complexitat dels processos assistencials podríem considerar com previsibles els resultats obtinguts. Entenem que el més habitual en els centres hospitalaris són els ingressos dels pacients, bàsicament perquè estem parlant de centres hospitalaris de pacients aguts i, per tant, és en aquest moment del procés assistencial que hem d'esperar més complicacions i, en conseqüència, hi podem trobar més risc de reclamacions.

Somville *et al.* (2010) realitzen una anàlisi de 3.202 reclamacions per errors quirúrgics a hospitals universitaris i no universitaris de Bèlgica. Els autors van observar que la major part de les reclamacions es produïen per l'existència de complicacions durant l'acte quirúrgic (427 casos). Les causes d'aquests errors podrien ser: factors humans, falta de tècnica o coneixements, disfuncions en la comunicació, factors propis del pacient i altres. En segon lloc, les reclamacions es produïen per complicacions durant el preoperatori i, en tercer lloc, durant el postoperatori. També van ser més freqüents els errors en la cirurgia electiva que en la cirurgia urgent (no programada)⁴⁹, potser aquest fet s'explicaria perquè hi ha més actes quirúrgics en cirurgia electiva que no urgent. Coincideix en aquest aspecte la publicació realitzada per Michota *et al.* (2009), el qual refereix que les complicacions durant l'acte quirúrgic són les que habitualment generen més reclamacions⁷⁶.

Segons Hernández Gil (2008), les àrees assistencials que, en la seva mostra, generen més conflicte són, en aquest ordre, les urgències, el quiròfan, consultes externes, hospitalització i, finalment, sala de parts com a més rellevants⁶.

En canvi, Madea *et al.*(2009) en el seu treball realitzat sobre una sèrie de pacients morts durant el procés assistencial, considera que el major nombre de reclamacions es realitzen durant l'ingrés hospitalari, els serveis d'urgències en segons lloc i, en tercer lloc, contra facultatius de centres privats⁹⁴. Aquests resultats coincideixen amb Cohen *et al.*(2007)⁸⁸.

Els nostres resultats conclouen que, quan el pacient reclama per una manca de control evolutiu, en el 80% dels casos es troba ingressat a l'hospital. Quan denuncia per un error diagnòstic (36.36%), es troba en el servei d'urgències. Si el motiu de reclamació és el mal resultat, el retard diagnòstic o bé una terapèutica inadequada (27.96%), es troba a consultes externes. Finalment, quan es reclama per complicacions infeccioses, el pacient ja ha estat donat d'alta hospitalària.

La interpretació d'aquests resultats és complicada. En principi, durant l'ingrés hospitalari és quan el pacient té més control evolutiu per part dels professionals, tant a nivell mèdic com d'infermeria. El pacient manté contacte diari amb el facultatiu assistencial i també amb el personal d'infermeria, per tant, no hi hauria d'haver reclamacions per manca de control evolutiu. Sí pot passar, no obstant això, que, davant de complicacions evolutives, la celeritat dels professionals pugui no ser la desitjada i això condicioni aquest tipus de reclamacions. Factors com la manca de mitjans també poden incidir en aquesta manca de control evolutiu esmentada.

Pel que fa a l'error diagnòstic com a factor més important de reclamació en els serveis d'urgències, coincidim amb la majoria de publicacions al respecte. Així, autors com Sttudert *et al.* (2005) o Che-Ming Yang *et al.* (2009) refereixen en les seves respectives publicacions que la medicina d'urgències constitueix una de les sis especialitats de més alt risc de conflictivitat medicolegal. Els factors que hi poden influir segons els autors són: temps limitat per pacient i manca de continuïtat en la relació metge-pacient, com a més rellevants^{31,33}. Per altra

banda, en l'estudi de Che-Ming Yang *et al.* (2009), els motius més freqüents de reclamació van ser el retard diagnòstic o de tractament³³.

Tanmateix, l'estudi publicat per Terrence W. Brown *et al.* (2010), realitzat a partir d'una mostra d'11.500 reclamacions durant un període de 23 anys als Estats Units, evidencia que l'error diagnòstic o bé el no-diagnòstic van ser els motius més habituals de reclamació en l'assistència al servei d'urgències³².

També coincideix amb aquest autor l'article publicat per Tudela *et al.* (2005). Realitzen un estudi sobre l'error diagnòstic en el servei d'urgències i agafen com a mostra pacients assistits en les urgències de l'Hospital Trias i Pujol de Badalona. Coincideixen els autors amb altres publicacions respecte a l'error diagnòstic com a principal conflicte en el servei d'urgències. Com a causes que ho podrien explicar els autors valoren: la demanda assistencial fluctuant, la presència de metges inexperts, la limitació de temps i la presentació aguda i inicial d'algunes malalties que poden explicar els errors clínics en aquests serveis. Els errors més freqüents en aquest centre eren: defectes de valoració clínica i defectes d'interpretació radiològica⁴⁰. Coincideixen els autors amb Che-Ming Yang (2009), que una conseqüència rellevant de l'error diagnòstic és el retard en l'inici del tractament³³.

En el nostre cas podem observar que, en l'especialitat de medicina general entesa com a medicina d'urgències, el motiu més freqüent de reclamació és l'error diagnòstic. Aquesta dada podria explicar-se pel fet que als serveis d'urgències cal fer un diagnòstic ràpid en poc temps, en situacions en què el quadre clínic potser no està prou evolucionat o bé emmascarat per una simptomatologia que pot induir a error.

Des de l'àmbit medicolegal, l'error diagnòstic (tal i com veurem més endavant) no suposa sempre mala praxi mèdica ni existència de responsabilitat. L'article publicat per Lyle Bootman l'any 2000, «To err is human», així ho reflecteix. Aquest article és un dels pioners i més rellevants en la valoració de la seguretat del pacient i els defectes del sistema en la gènesi dels efectes adversos durant el procés assistencial⁵⁵, tesis reforçades per Leape *et al.* (2005) en l'article publicat l'any 2012 «Five years after To err is human: what have we learned?»⁹⁸.

Podem observar que en les especialitats de ginecologia i obstetrícia, anestesiologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia, cirurgia general i medicina interna es produeixen reclamacions durant l'ingrés hospitalari. En canvi, en l'especialitat d'oftalmologia, les reclamacions es produeixen sobretot un cop el pacient ja ha estat donat d'alta hospitalària.

En el cas d'estomatologia i medicina estètica, les reclamacions es produeixen durant el seguiment evolutiu del pacient, és a dir, a consultes externes.

En el cas de medicina general, el més habitual és que les reclamacions es produeixin estant el pacient al domicili. Aquest tipus de reclamacions en el 64.71% dels casos afecten els facultatius que pertanyen al servei d'ambulàncies.

Ateses les especialitats afectades, aquests resultats són lògics. El més freqüent és que sigui durant l'ingrés hospitalari quan es produeixen més reclamacions i, sobretot, en especialitats quirúrgiques per les possibles complicacions postoperatòries.

En canvi, en especialitats com estomatologia o medicina estètica, no és freqüent que durant el procés assistencial hi hagi ingressos hospitalaris, per tant, és més habitual que les complicacions que puguin sorgir es produeixin durant el control evolutiu del pacient en consultes externes.

Summerton (1995) va realitzar un estudi sobre els factors positius i negatius de la medicina defensiva. L'autor refereix que els metges generalistes tenen menys risc de ser reclamats que els facultatius que treballen en l'àmbit hospitalari. Per altra banda, en relació amb aquests professionals, les reclamacions es poden produir en dos moments concrets: o bé estant el pacient en el domicili o bé en el mateix centre d'assistència primària⁶⁷.

6.4 Aspectes generals dels professionals afectats per una denúncia

Els nostres resultats conclouen que la reclamació va dirigida contra un sol professional en el 44.52% dels casos, mentre que en el 22.97% va dirigida contra l'equip assistencial (la resta, no consta). Per altra banda, respecte al

tipus de professional afectat, veiem que en el 88.34% dels casos és un metge i només en l'1.77% correspon a infermeria (la resta correspon a professional administratiu o bé combinacions dels anteriors). És evident, doncs, que la responsabilitat professional és una qüestió que afecta fonamentalment el metge.

Els motius que ho podrien justificar entenem que són ben diferents. Per una banda és el metge qui dirigeix el procés assistencial, qui pren decisions, qui estableix el diagnòstic tant de la patologia que motiva la consulta com de les complicacions que posteriorment puguin succeir. Per tant, el nivell de responsabilitat de tot el procés assistencial en la major part recau sobre ell i, davant de complicacions o resultats inesperats, se'l fa responsable de la situació.

Caldria afegir altres elements que, juntament amb la situació anterior, poden motivar les reclamacions com pot ser la falta de diàleg entre el metge i el pacient i/o familiars, situació que no es dona d'una forma tan freqüent en el cas d'infermeria.

També l'incentiu econòmic pot ser un element a tenir en compte. Les cobertures de les pòlisses dels metges són molt més altes que en el cas d'infermeria.

L'estudi realitzat per Madea *et al.*(2009) coincideix també amb aquests resultats, essent el nombre de reclamacions contra metges, tant de centres públics com dels privats, molt superior al d'infermeria. D'altra banda, l'autor diferencia entre professionals mèdics residents o especialistes. Aquesta dada és molt interessant atès que podria ser rellevant valorar en el nostre àmbit la qualitat de la formació del metge resident i, sobretot, conèixer els motius de reclamació i les especialitats. En la nostra base de dades, no obstant això, no hem contemplat aquesta variable fonamentalment perquè la desconeixíem i no podíem accedir a la qualificació del professional. Cal dir, però, que en cap cas no hem trobat que el motiu de la reclamació fos la manca de formació del metge o bé que aquest fos un resident⁹⁴.

Singh *et al.*(2007), en l'estudi *Medical errors involving trainees*, valoren quins factors poden explicar els errors que cometen els residents i els resumeix en els següents: falta de competència tècnica, manca de supervisió, problemes de transferència i sobrecàrrega laboral. Segons l'autor, aquests factors van contribuir al 70% dels errors inclosos en el seu estudi. En canvi, aquests mateixos factors hi contribueixen molt menys quan es tracta d'un especialista. Tanmateix, és interessant comprovar que l'error que més habitualment comet el resident, segons l'autor, fa referència al diagnòstic³⁵. Coincideix amb aquest resultat l'estudi publicat per Mahdavian *et al.*(2010), en el qual refereix que en el 66.7% dels casos en la mostra estudiada els residents no van diagnosticar lesions tendinoses de la mà als pacients. Per tant, una de les conclusions rellevants de l'autor és la necessitat d'una major supervisió del metge resident³⁹.

El treball realitzat per Sttudet *et al.*(2006) ("*Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation*") d'un total de 1452 reclamacions troba que, en el 19% dels casos d'un total de 1.452 reclamacions, el denunciat és un metge mentre que només en el 9% correspon a l'estament d'infermeria. En el cas dels metges, en el 27% dels casos, els afectats són els residents²⁶.

Un element important a tenir en compte en relació amb les reclamacions contra els metges és la manca de confiança dels ciutadans envers els professionals sanitaris. Així doncs, segons l'estudi realitzat per Mira *et al.*(2010), a partir d'enquestes, els ciutadans que havien llegit notícies sobre errors mèdics a la premsa o altres mitjans de comunicació creien que tenien més probabilitat de patir un error si ingressaven en un hospital i mostraven poca confiança en els professionals, sobretot metges. Segons els autors, quan el pacient està prèviament alertat sobre la possibilitat de patir errors, el fet de sentir o llegir notícies sobre aquest tema n'incrementa la sensació d'inseguretat⁴³.

Segons els autors, cada cop són més les notícies sobre errors clínics que apareixen a la premsa, al mateix temps que hi ha menys tolerància davant l'error que un professional competent i raonable pot cometre com a conseqüència de l'atzar. Tanmateix, el tractament mediàtic de les notícies sobre conseqüències més greus per al pacient és el mateix que la denúncia o

queixa sense confirmació d'un pacient. Tot plegat no contribueix a construir una cultura de seguretat i, en canvi, afavoreix la pèrdua de confiança del pacient, de manera que augmenta el risc de reclamació.

Potser caldria afegir com a factor potenciador d'aquesta sensació d'inseguretat l'actual situació de crisi econòmica, que ha condicionat una disminució de mitjans en la sanitat pública: menys personal contractat i més temps d'espera assistencial.

6.5. Valoració medicolegal de la història clínica

L'element principal que utilitza un pèrit per poder valorar l'existència o no de responsabilitat professional és la història clínica. Entenem que és una eina fonamental per tal de poder fer una anàlisi medicolegal de la qualitat de l'assistència prestada. Cal també utilitzar altres elements com l'estudi de la denúncia, querella o demanda, la valoració de les declaracions (del perjudicat, dels testimonis i dels imputats) així com altres proves pericials aportades. Hernández Gil (2008) i Pujol *et al.* (1997) valoren la història clínica com a punt de referència de tota pericial en matèria de responsabilitat mèdica^{6,18}.

L'acte mèdic conté una sèrie d'elements que el caracteritzen i que han d'estar continguts en la història clínica. Per altra banda, constitueix un reflex de la relació metge-pacient. Entenem que si la història clínica és l'eina primordial en la qual es basa un pèrit per valorar la praxi assistencial dispensada, caldria també realitzar una acurada valoració de la qualitat d'aquest document. De fet, segons l'estudi publicat per Madhavian *et al.*(2010), a Holanda, un 3.1% de les reclamacions interposades van ser per defecte de documentació o història clínica inadequada³⁹.

En canvi, els nostres resultats mostren que, en el 81.27% dels casos, en l'informe pericial elaborat pel metge forense no es fa cap referència de forma específica a la qualitat del document; no obstant això, de la lectura de la pericial es desprèn que ha estat la principal eina d'estudi i es pressuposa que ha estat suficient per a l'elaboració de l'informe. Només en el 10.60% dels casos s'especifica que la documentació és completa i en el 6.01% es fa constar de

forma explícita que és incompleta. Aquesta manca de valoració documental es manté al llarg de tots els anys d'estudi.

En canvi, quan analitzem les dades valorades pels magistrats, veiem que en el 53.57% sí que es fa referència en les sentències a la història clínica com una eina d'estudi i en el 10.71% dels casos s'hi recull la manca de qualitat d'aquest document. En la resta dels casos no se n'hi fa cap referència.

Aquests resultats es podrien justificar pel fet que potser el metge forense considera que, si realitza una valoració de la qualitat de la història clínica com a insuficient, es podria entendre que hi ha mala praxi i, per tant, responsabilitat professional, concepte que entenem que no seria el correcte, ja que caldria que hi hagués relació de causalitat entre el defecte d'emplenament de la documentació i el perjudici generat al pacient.

Cal tenir en compte que, per exemple, en una reclamació realitzada per un defecte assistencial en el servei d'urgències, moltes vegades l'únic element de què disposem per realitzar l'anàlisi medicolegal de l'acte mèdic és l'informe d'alta hospitalària. El més correcte seria, a més de valorar la praxi assistencial pròpiament dita, fer la valoració medicolegal de l'adequat emplenament de l'informe mèdic d'acord a l'establert en la legislació vigent^{9,10,11,12}. A part de ser la principal eina de valoració pericial, la història clínica té finalitat assistencial, docent, investigadora i de gestió administrativa⁸⁴. Tota història clínica ha d'estar completa, ordenada, ha de ser intel·ligible i respectuosa⁸³.

Els estudis sobre responsabilitat mèdica consultats s'han elaborat a partir de dades contingudes en històries clíniques, de les quals s'han extret conclusions i estudis epidemiològics sobre gestió sanitària.

Per tots aquests factors entenem que el professional que elabora un dictamen pericial sobre un tema tan complex com és la responsabilitat mèdica i que es fonamenta principalment en la història clínica, hauria de valorar la qualitat d'aquest element, el qual constitueix l'essència de la seva valoració pericial. Això també podria ser d'utilitat per fer prendre consciència als professionals de la rellevància d'emplenar de forma adequada tots els documents que la integren, de realitzar unes anotacions de cursos clínics rigoroses i tècniques.

Tal i com afirma Bruguera *et al.*(2012), davant d'una reclamació per presumpta mala praxi, la història clínica és equiparable a la caixa negra d'un avió quan hi ha un accident aeri¹⁵.

En articles consultats, els autors fan referència a la qualitat de la història clínica i també a aspectes com la pèrdua de la documentació⁴⁷.

6.6. Defecte d'informació: document de consentiment informat

En relació amb l'existència del document de consentiment informat, els nostres resultats mostren que, per les característiques del procés assistencial en 193 casos del total de la mostra (283 casos), hi hauria d'haver document de consentiment. Segons l'informe pericial emès pel metge forense, en el 27.92% dels casos aquest document està adequadament emplenat, mentre que en el 6.01% dels casos no consta en la història clínica. En el 33.57% el metge forense no fa cap referència a l'existència d'aquest document. En l'anàlisi realitzada al llarg dels anys d'estudi, podem comprovar que en la major part dels casos hi ha document de consentiment quan el procés assistencial així ho requereix. Una dada rellevant que observem en els nostres resultats és que, quan el pacient presenta seqüeles, el defecte d'informació i de consentiment és el motiu de reclamació en el 22.22% dels casos.

La implementació del document de consentiment informat potser sí que va ser difícil inicialment, però en funció dels nostres resultats podem afirmar que, en els anys estudiats, existeix una adequada conscienciació dels professionals de la necessitat de contemplar el consentiment informat com un document més de la història clínica quan així es requereix. Un altre aspecte que caldria analitzar és la qualitat de la informació prestada al pacient durant el procés assistencial, tant de forma oral com escrita. No obstant això, la qualitat de la relació metge-pacient, la sintonia que s'hagi pogut establir i la fluïdesa de la comunicació són elements que no hem pogut analitzar a partir de la pericial del metge forense.

La doctrina del consentiment informat arriba des del dret. La relació metge-pacient s'entén com un contracte i un requisit essencial d'aquest contracte és el consentiment, inexcusable per a la vàlida constitució de la relació des del punt de vista jurídic⁷⁴.

El nostre estudi conclou que el defecte d'informació únicament constitueix el 2.12% dels motius de reclamació, per tant, no suposa un dels elements especialment reclamats pels pacients. Cal tenir en compte que la major part dels procediments que integren la nostra mostra, es troben en la via penal.

Igualment, podem observar que el document de consentiment es troba adequadament emplenat quan el motiu de reclamació és: mala tècnica quirúrgica, complicació anestèsica, mal resultat, complicacions evolutives i complicacions quirúrgiques.

En conseqüència, segons les nostres dades, podem concloure que el defecte d'informació no constitueix un aspecte especialment conflictiu en les reclamacions.

El defecte d'informació es pot produir tant en la relació metge-pacient com també entre els diferents professionals que intervenen durant el procés assistencial. Així, alguns treballs sí que ho valoren com un aspecte rellevant en l'origen de la mala praxi assistencial. L'article publicat per Moore (2011) refereix que el defecte de comunicació entre els diferents professionals pot suposar un factor que contribueix a la mala praxi mèdica i pot generar reclamacions⁷⁹.

Coincideix en aquest aspecte l'article publicat per Cook *et al.*(2000), els quals estableixen en el seu estudi que la pèrdua d'informació que algunes vegades es produeix en la transferència dels pacients pot ser un dels elements que condicionin posteriorment una reclamació i també incideix en el risc d'aparició d'efectes adversos⁵⁹. L'article publicat per Meyer *et al.*(2001) també valora quins factors incideixen en la mala comunicació entre els professionals i afecten la pràctica assistencial⁹⁹.

Respecte a com es transmet la informació als pacients per part dels professionals, l'estudi elaborat per Bhagvan Patel *et al.*(2010), realitzat en el servei d'urgències d'un hospital dels Estats Units, és molt interessant. L'objectiu

era valorar si la informació donada era suficient per prendre una decisió. Els pacients eren pediàtrics i s'havia d'obtenir el consentiment informat dels legals representants per tal de realitzar una punció lumbar. L'estudi refereix que, per donar validesa a un consentiment, cal incloure els riscos i beneficis del procediment i les alternatives terapèutiques. Entre altres dades, l'estudi va observar que els becaris informaven sobretot en relació amb els beneficis esperats, els residents parlaven més de les alternatives terapèutiques i els facultatius especialistes responsables, sobretot, de les característiques del procediment. Per altra banda, no sempre constava a la història clínica el document ni tampoc anotacions sobre la informació dispensada. De fet, l'article conclou que caldria que els professionals de tots els nivells assistencials realitzessin cursos de formació sobre com cal informar⁷⁷.

En la mateixa línia que l'anterior, trobem l'article publicat per Brendan *et al.* (2009), en el qual exposa l'especial rellevància del consentiment en els serveis d'urgències, on cal prendre decisions amb poc marge de temps⁷⁸.

La relació metge-pacient ha estat bàsicament verbal des dels orígens de la medicina. En el nostre país, des de l'any 1986, la Llei general de sanitat obliga que, a més, consti per escrit⁹. Tal i com diu Broggi (1999), la informació escrita mai no ha de ser un substitutiu de l'autèntic diàleg que ha de fonamentar la relació metge-pacient¹⁰⁰.

Entenem que tampoc no s'ha d'utilitzar com un mètode de medicina defensiva, atès que la base de la informació és fonamentalment ètica i esdevé un garant de la llibertat del pacient i de la seva capacitat d'autodeterminació.

L'article publicat per Rodríguez Pérez *et al.* (2010) analitza les característiques de les reclamacions presentades per escrit en l'àrea sanitària d'atenció primària de Santiago de Compostel·la durant els anys 2007 i 2008. Es van presentar un total de 3.431 reclamacions el 18.2% de les quals van fer referència al tracte personal. Segons els autors, el principal motiu de reclamació va ser el tracte inadequat al pacient tant per part dels professionals sanitaris com dels no sanitaris. El pacient espera dels professionals una adequada assistència però també un tracte correcte, informació detallada i comprensible⁴¹.

Bruguera *et al.*(2012) afirmen que una gran majoria de reclamants addueixen manca d'informació del metge o de l'equip mèdic abans de l'actuació facultativa o bé un efecte advers quan ja s'ha produït. Per altra banda, la falta d'empatia per part del facultatiu després de produir-se un efecte advers afavoreix la presentació d'una reclamació. Els autors afirmen que, a vegades, el professional no té la capacitat d'afrontar amb habilitat les situacions derivades d'un mal resultat. Per altra banda, els autors també diuen que el metges que es comuniquen bé amb els seus pacients són els que menys reclamacions tenen¹⁵.

Segons l'estudi publicat per Summerton (1995), un dels aspectes positius de la medicina defensiva és la millora de la informació facilitada al pacient i també la millora de la qualitat de la història clínica. Segons l'autor, quan el metge ha patit una reclamació prèvia, millora aquests dos aspectes⁶⁷.

Per a De Lorenzo (1998), la manca d'informació durant el procés assistencial, planteja reclamacions, sobretot per la via civil, no essent tan freqüents penalment. Segons l'autor, la jurisprudència en relació amb el deure d'informació condueix a l'absolució quan s'acredita el compliment d'aquesta obligació⁷⁴.

6.7. Esdeveniments adversos

6.7.1. Les discapacitats funcionals

El nostre estudi observa que, en el 56.70% dels casos, els pacients que han reclamat han tingut seqüeles derivades del procés assistencial. La distribució d'aquestes seqüeles per tipologia és: 8.48% estètiques, 8.13% òrgans dels sentits, 7.07% sistema nerviós perifèric, 4.95% musculesquelètiques, 3.89% sistema nerviós central i dolor residual, seguides en menor percentatge de seqüeles psiquiàtriques, infeccioses i les que afecten l'aparell cardiovascular i l'aparell genitourinari, segons consta en la valoració pericial realitzada pel metge forense. L'existència de seqüeles en els pacients que reclamen es manté durant els anys 2004 a 2007.

La mitjana d'edat dels pacients amb seqüeles la situem als 44,6 anys i el sexe més afectat és el femení. Per altra banda, les especialitats quirúrgiques són les que presenten més seqüeles, en les quals situem en primer lloc oftalmologia, seguida de cirurgia ortopèdica i traumatologia i ginecologia.

És obvi que quan un pacient reclama és perquè hi ha hagut algun problema durant el procés assistencial. Entenem que les conseqüències han estat greus, atès que, en el nostre cas, la majoria de les reclamacions s'han interposat per la via penal. L'existència de seqüeles i, per tant, el mal resultat terapèutic són els aspectes que insten el pacient a reclamar. Les seqüeles més reclamades són les de tipus estètic (això podria fer pensar que per als pacients és més important l'existència d'un defecte estètic que no una discapacitat funcional).

Els nostres resultats no coincideixen amb els publicats per Hammami *et al.*(2005), atès que, en el cas dels autors, les seqüeles més freqüents han estat les ortopèdiques i neurològiques⁸⁶.

L'article publicat per Brown *et al.*(2010) reporta com a seqüeles més freqüents: amputació d'extremitat, paraplegia, quadriplegia i lesions neurològiques³².

Somville *et al.*(2010) classifiquen les seqüeles en lleus, significatives, greus i mort. Són les lesions viscerals i les neurològiques perifèriques les més habituals⁴⁹. Sttudert *et al.*(2006) també coincideixen amb el tipus de classificació de les seqüeles però, a més, hi afegeixen les seqüeles psicològiques o emocionals, derivades del procés assistencial²⁶.

Respecte al tipus de centre reclamat, el nostre estudi mostra que és en l'assistència privada en la qual el pacient té més seqüeles i menys en processos assistencials derivats de la sanitat pública. Aquest resultat coincidiria amb el fet que, en la nostra mostra, la sanitat privada també té més reclamacions que la pública. L'estudi realitzat per Somville *et al.*(2010) diferencia entre seqüeles i hospitals universitaris/no universitaris. En aquest cas, no hi troba diferències significatives⁴⁹.

Observem que és durant l'ingrés hospitalari quan es produeixen les seqüeles, i constitueix en el 27.27% dels casos una complicació després de l'alta hospitalària. Segons l'estudi realitzat per Somville *et al.*(2010), la major part de

complicacions succeeixen durant l'acte quirúrgic i, en segon lloc, durant el postoperatori; per tant, durant l'ingrés hospitalari⁴⁹.

És rellevant la relació que hem observat entre l'existència de seqüeles en el pacient i l'adequat emplenament del document de consentiment informat. Segons els nostres resultats, en el 37.27% dels casos que el pacient té seqüeles, consta document de consentiment informat, mentre que en el 9.09% no s'ha formalitzat.

En el 42.73% dels casos, en l'informe pericial no es fa cap referència a l'existència o no del document de consentiment. Entenem que caldria realitzar una valoració medicolegal de la qualitat de la història clínica i, per tant, també valorar l'existència de tots els documents que la integren.

6.7.2. Mort del pacient. Autòpsia i responsabilitat professional

Del total dels 283 pacients de la nostra mostra que van interposar una reclamació per presumpta mala praxi, el 32.16% han mort (gairebé una tercera part). D'aquests, s'ha realitzat autòpsia judicial en el 23.91% dels casos. En el 7.61% l'autòpsia és clínica i en el 18.48% s'ha realitzat autòpsia però es desconeix si és clínica o judicial. Això significa, per tant, que en el 50% dels casos s'ha realitzat autòpsia.

Quant a la relació clinicoautòpsica, en el total dels casos dels quals coneixem els diagnòstics necròpsics (23), hi ha relació cliniconecròpsica en el 52.17% mentre que no n'hi ha en el 47.82%.

Dels casos en què no hi ha relació entre el diagnòstic clínic i el necròpsic, veiem que és la patologia d'origen cardiovascular la que té més errors clínics diagnòstics. Així, per exemple, es confon el tromboembolisme pulmonar amb bronquitis asmàtica, ansietat o bé sense diagnòstic clínic. També els aneurismes són causa de confusió clínica: confusió d'un aneurisma d'aorta abdominal amb diverticulitis o bé com a causa de mort sobtada sense diagnòstic. I el cas de l'infart agut de miocardi transmural no diagnosticat clínicament i que s'orienta cap a mort sobtada.

Per altra banda, l'aparell digestiu també pot ser font de conflicte clínic. En alguns casos la dehiscència de sutura es pot confondre amb una crisi d'angoixa i agitació, o la perforació gàstrica amb una gastroenteritis aguda.

El nostre estudi també mostra que, en el 61.70% dels casos, es confirma a través de l'autòpsia que hi ha relació de causalitat entre la causa de mort i el procés assistencial.

És fonamental l'estudi autòpsic en circumstàncies de presumpta mala praxi i mort del malalt. Entenem que, sempre que hi ha una reclamació per part dels familiars d'un pacient, caldria realitzar una autòpsia, la qual seria útil, en primer lloc, per comprovar la causa i circumstàncies de la mort i, en segon lloc, la qualitat de l'assistència prestada.

Si, prèviament a la mort del pacient, ja s'ha interposat una denúncia o bé en el moment de la mort la família ja manifesta que denunciarà per possible mala praxi, l'autòpsia caldria que fos judicial i no clínica.

L'estudi realitzat per Madea *et al.*(2009) refereix que a Alemanya només s'investiguen entre unes 1.500 a 2.000 autòpsies judicials per any de morts derivades per possible mala praxi, és a dir, correspondria a una investigació judicial per cada 60.000 habitants aproximadament⁹⁴. El treball publicat pels autors es fonamenta en una mostra de 4.450 autòpsies per sospita de mala praxi de morts produïdes durant els anys 1990 fins al 2000. Tot i que la nostra mostra no és comparable amb la d'aquest estudi, sí que podem deduir que, en situació de reclamació, realitzar una autòpsia només en la meitat dels casos és menys de l'esperable. Els motius podrien ser diversos; per una banda, el possible desconeixement per part dels professionals assistencials de la necessitat de realitzar una autòpsia judicial davant una denúncia per possible mala praxi. I, per l'altra, la pràctica d'una medicina defensiva, atès que, a vegades, es pot entreveure un possible error assistencial o error diagnòstic i el professional podria preferir no realitzar autòpsia per por de les conseqüències judicials que se'n puguin derivar. De fet, l'estudi abans esmentat així ho manifesta: 98.000 pacients moren cada any en hospitals dels Estats Units per errors mèdics que podien haver estat previnguts. També diu que la major part dels pacients morts es produïen en centres hospitalaris de caràcter públic, que

una tercera part eren en centres privats i que les especialitats més afectades són les quirúrgiques. També cal dir que moltes vegades no es sol·licita una autòpsia clínica degut a que des del punt de vista assistencial la causa i circumstàncies de mort són clares.

Les nostres dades no coincideixen amb les presentades per aquest autor, atès que, en el nostre cas, es produeixen més morts en l'àmbit de l'assistència privada que no en el de la pública (37.36% en la privada i 29.67% en l'àmbit de l'assistència pública). Tanmateix, en la nostra mostra no hi ha diferències entre les especialitats mèdiques i quirúrgiques en relació amb la mort del pacient.

Madea *et al.*(2009) refereixen que la legislació alemanya permet que el metge que ha comès un error durant el procés assistencial pugui realitzar un examen extern del cadàver i determinar la causa de la mort pel tal de poder certificar-la. Els autors indiquen que, òbviament, aquesta situació és problemàtica ja que caldria un metge que fos independent per tal d'evitar conflictes d'interessos⁹⁴.

A l'Estat espanyol, aquesta situació no es produeix: quan existeix la interposició d'una denúncia o querella, implica la intervenció de l'autoritat judicial i, per tant, el metge forense realitza l'autòpsia, de manera que no hi ha cap conflicte d'interessos. Sí podria donar-se el cas que no hi hagués cap denúncia i que l'autòpsia fos clínica i s'objectivés una mala praxi. Entenem que tant els centres públics com els privats, davant d'aquesta circumstància, ho haurien de comunicar als familiars d'una forma clara i objectiva i tramitar el cadàver com a judicial.

L'estudi realitzat per Madea *et al.*(2009) també és interessant quant al fet que, tot i que els metges de la sanitat pública tenen més reclamacions, el percentatge de condemnes per mala praxi són més altes en l'àmbit privat i també en infermeria. De fet, s'hi considera que la supervisió i control d'aquests professionals hauria de millorar⁹⁴.

Segons els autors, l'autòpsia és un mètode eficient per clarificar l'existència o no de mala praxi. Segons la seva mostra, el 64.3% dels casos es van resoldre després de l'autòpsia. Per altra banda, confirma també la importància de

l'autòpsia per verificar la correlació cliniconecròpsica. En el seu estudi hi van haver discrepàncies en el 20.3% dels casos.

L'article també refereix que, en aquelles reclamacions en què s'ha realitzat autòpsia, els resultats són favorables als facultatius reclamats.

Els autors conclouen que l'autòpsia és bàsica per determinar la causa de la mort del pacient, l'existència de mala praxi i la relació de causalitat entre una possible mala praxi i la mort del malalt. Per altra banda, és fonamental per a la prevenció d'altres casos.

També és rellevant l'article publicat per Nunzio di Nunno *et al.*(2004) basat en un estudi de 2.123 autòpsies durant el període 1991 a 2000 a la Universitat de Bari. En el 30% dels casos l'autòpsia va poder demostrar la correlació entre la mala praxi i la mort del pacient. També indicava que hi havia més morts en els centres públics que en els privats; que les especialitats amb més risc eren les quirúrgiques juntament amb la medicina d'urgències, i que les dones eren més afectades que els homes. Segons els autors, cal desenvolupar estratègies per intentar reduir la mala praxi però, també, les expectatives dels pacients. Segons l'estudi, en el 70% dels casos en què els pacients al·legaven mala praxi, l'autòpsia va demostrar que la intervenció facultativa va ser la correcta³⁴.

Entenem que les nostres dades coincideixen amb les dels altres autors pel que fa a la importància de la pràctica de l'autòpsia en una denúncia per possible mala praxi. Coincidim, també, que les especialitats més susceptibles de reclamació són les quirúrgiques i la medicina d'urgències ja que els nostres resultats conclouen que dins les especialitats més conflictives trobem, en primer lloc, la cirurgia general i, en segon lloc, la medicina d'urgències. En tercer lloc trobaríem ginecologia i obstetrícia. Cal dir que, evidentment, la geriatria té un elevat nombre de morts (14.49%), seguida de medicina interna i traumatologia. Finalment, en el nostre cas, l'anestesiologia i medicina estètica són les especialitats amb menys pacients morts.

Seguint amb l'estudi de Nunzio di Nunno *et al.*(2004), els factors que justifiquen les seves dades són, bàsicament, les excessives expectatives dels pacients, la manca de comunicació metge-pacient i les intervencions d'alt risc. Tal i com

afirmen els autors, també cal diferenciar entre un efecte advers durant el procés assistencial del que és la mala praxi pròpiament dita; per aquest motiu entenem que l'autòpsia és fonamental³⁴.

Pakis *et al.*(2010) van realitzar un estudi sobre una mostra de 525 autòpsies a Istanbul. Van comparar si existien diferències entre el diagnòstic clínic i l'autòptic. Van classificar la mostra en tres grans grups: casos en què el diagnòstic clínic i autòptic eren diferents, casos en què no hi havia diagnòstic clínic però sí autòptic i casos en què no hi havia diagnòstic clínic i l'autòpsia tampoc no el va objectivar.

Els seus resultats van evidenciar que el diagnòstic clínic podia ser verificat a través de l'autòpsia en el 49.1% dels casos. La discrepància entre el diagnòstic clínic i l'autòptic es va confirmar en el 13.8%. En el 22.4% dels casos en què no hi havia diagnòstic clínic, es va confirmar a través de l'autòpsia.

Per altra banda, les patologies que van condicionar major nombre de discrepàncies clinico-patològiques van ser, en primer lloc, la ruptura aneurismàtica, la qual es va confondre amb miàlgies, insuficiència aòrtica, endocarditis i gastritis.

En segon lloc, la isquèmia miocàrdica, la qual es va confondre amb intoxicació, infecció respiratòria, edema pulmonar i ulcus gàstric.

En tercer lloc l'infart agut de miocardi es va confondre amb hipertensió, miàlgies i ulcus gàstric.

La pneumònia va ser confosa, clínicament, amb sobreinfecció de vies respiratòries altes, tromboembolisme pulmonar, ulcus gàstric, tuberculosi, meningitis, encefalitis i encefalopatia hipòxica.

Finalment, la perforació d'ulcus gastroduodenal va ser confosa amb gastroenteritis i sèpsia⁶⁴.

Aquestes discrepàncies clinico-patològiques coincideixen amb les evidenciades en el nostre estudi. Les patologies d'origen cardiovascular i digestiu són les més complexes de diagnosticar, possiblement pel fet que, en el seu inici, la

simptomatologia no és gaire evident i pot ser molt inespecífica, afectant de forma referida altres sistemes de l'organisme.

Per altra banda, els autors indiquen que, en 15 casos, es va produir la mort del pacient després d'una intervenció quirúrgica. L'autòpsia va aportar noves dades en dues tercers parts dels casos.

Els autors fan èmfasi en la importància de l'autòpsia en casos de reclamacions de familiars per presumpta mala praxi, i no només pel fet que pugui ser rellevant per a la valoració d'errors o negligència sinó que és una important ajuda per eliminar diferències entre el metge i els familiars. A més, l'autòpsia és el millor mitjà per al control de qualitat assistencial.

Entenem que l'autòpsia, en aquests casos, ha de ser utilitzada no només per establir diagnòstics i valorar la qualitat de l'assistència prestada, sinó que és un dels millors mitjans d'aprenentatge. Tal i com hem afirmat, l'error diagnòstic no sempre ha de ser sinònim de mala praxi^{63,65}.

No obstant això, l'article publicat per Herald D'Souza *et al.*(2013), amb una enquesta a 65 metges forenses de l'Índia sobre la utilitat de l'autòpsia medicolegal en morts hospitalàries, va concloure que no tots els professionals estaven d'acord sobre la seva utilitat. Segons el seu estudi, el 10% dels enquestats opinaven que l'autòpsia medicolegal era innecessària en les morts hospitalàries. El 92% dels participants pensaven que establir la causa de mort era la raó per a la realització d'una autòpsia medicolegal en les morts hospitalàries. Sí que es mostraven d'acord en la necessitat de l'autòpsia medicolegal en casos de possible negligència. També coincidien en el fet que interpretar una autòpsia era molt complex i calia, a més, disposar de la història clínica¹⁰¹.

No sempre que es produeixi una mort hospitalària caldrà una autòpsia judicial; només en circumstàncies de violència o sospita de mort no natural. La presumpta responsabilitat mèdica o l'existència d'una denúncia creiem que motiva la pràctica d'una autòpsia judicial i no clínica al menys amb el sistema legislatiu actualment vigent.

Els articles de Madea *et al.*(2009) i Weingart *et al.*(2000), valoren la rellevància i freqüència de les morts hospitalàries derivades dels efectes adversos produïts pels medicaments^{90,102}.

Segons l'estudi realitzat per Madea *et al* (2009), 575 de les 4.450 reclamacions per possible mala praxi foren degudes a errors en la medicació. El 50% foren produïdes en hospitals públics i el 35.5% en hospitals privats. Els serveis d'urgències van veure's afectats en el 4.7% dels casos i infermeria, en el 4.1%, i les especialitats mèdiques es veuen més afectades que les quirúrgiques: medicina interna, anesthesiologia, psiquiatria, urgències mèdiques i radiologia, com a més freqüents.

Per a Madea, els errors de medicació es poden classificar en: error de medicació administrada, error en la dosi, aplicació incorrecta, seguiment inadequat, prescripció incorrecta o reacció adversa al fàrmac. Després de l'autòpsia, es va mostrar que, en el 50% dels casos, no hi havia relació de causalitat entre la causa de mort i l'administració dels medicaments. En 232 casos, en canvi, sí que hi havia relació de causalitat. Les morts van estar produïdes per reaccions al·lèrgiques, sobredosificació, error en la medicació (injecció de potassi), error en l'aplicació, processos sèptics o factors coadjuvants previs que van facilitar la mort⁹⁰.

En aquests casos, l'autòpsia adquireix gran rellevància ja que l'estudi presentat pels autors permet concloure que 70 casos de pacients morts són conseqüència de l'administració de medicaments, 42 dels quals es podien haver previngut.

Respecte a la transcendència de l'autòpsia, el nostre estudi posa de manifest que en el 61.7% dels casos hi ha relació de causalitat entre les troballes autòpsiques i el procés assistencial. En el 17.02% dels casos no hi ha relació de causalitat, en el 2.13% l'autòpsia no és determinant i en el 19.15% dels casos es desconeix.

Aquestes dades confirmen la importància de l'autòpsia en denúncies per mala praxi. Tot i que hi hagi relació de causalitat entre les troballes autòpsiques i el procés assistencial, això no vol dir existència de mala praxi. L'autòpsia és una

eina fonamental però no és l'única. Les troballes autòpsiques han de ser interpretades i situades en el context assistencial per tal de poder arribar a conclusions sobre la praxi dispensada. Per tant, un informe d'autòpsia medicolegal no estableix conclusions en relació amb la praxi mèdica, ja que per això cal realitzar un estudi minuciós de la història clínica, de la denúncia o querella i de les declaracions dels implicats.

És rellevant observar que, segons les nostres dades, és durant l'ingrés hospitalari quan es produeixen més morts dels pacients (70.33% dels casos), seguit pels serveis d'urgències (9.89%). La mort en el domicili es produeix en el 8.79% dels casos i es troba implicat en la reclamació el Servei d'Emergències Mèdiques, essent en aquest cas el motiu de reclamació el retard de trasllat al centre assistencial. Coincideixen les nostres dades amb les publicades per altres autors, segons les quals les morts es produeixen més habitualment en l'àmbit hospitalari, en el qual els serveis d'urgències són dels més conflictius^{90,102}.

6.7.2.1. Metodologia autòpsica

Realitzar una autòpsia en cas de presumpta mala praxi constitueix una de les tasques més complexes per al metge forense. És una autòpsia complicada atès que en moltes ocasions s'ha produït la manipulació assistencial del cadàver, sobretot en els casos de morts després de processos quirúrgics complexos.

És fonamental, aleshores, disposar de tota la informació mèdica possible.

Segons Aso Escario (2011), la metodologia de l'autòpsia en aquests casos ha de ser molt acurada i cal tenir en compte que, segons l'autor, moltes vegades el metge forense no té suficient formació clínica per interpretar les troballes autòpsiques. Aspectes com la complexitat dels processos assistencials, una manca de protocol·lització autòpsica o la falta d'assessorament tècnic poden donar lloc a un informe forense de baixa qualitat.

L'autor proposa una estandardització de l'autòpsia judicial que consistiria en:

- Recerca de tots els antecedents clínics. És imprescindible per realitzar una autòpsia d'aquestes característiques tenir la història clínica del pacient, sense la qual resulta impossible poder interpretar les troballes autòpsiques. Igualment, en casos de mort peroperatòria, és imprescindible disposar del full quirúrgic.
- Preparació de l'autòpsia. Recollida de mostres prèviament a l'apertura del cadàver o pràctica de proves complementàries, com estudis radiològics.
- L'autòpsia pròpiament dita. Examen extern i intern minuciós, examinant cada una de les vísceres, elements vasculars i nerviosos, així com la recollida de mostres.

En casos de mala praxi, l'autòpsia hauria de ser realitzada per dos metges forenses. La informació seria molt més àmplia i objectiva. De fet, és tal i com es realitza en el Servei de Patologia Forense de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, on les autòpsies en aquests casos es troben signades per dos metges forenses, a diferència de l'informe pericial, el qual, tot i que el pacient hagi mort, sol estar signat per un únic metge forense, llevat els sumaris o causes amb jurat⁶⁵.

Tal i com apunta Aso Ascario en el mateix estudi, seria interessant que en aquestes autòpsies tan especialitzades també es comptés amb el suport d'altres professionals, fonamentalment clínics. Segons l'autor, en la medicina actual la tendència és contrastar hipòtesis, col·laborar a través del treball en equip, l'especialització en àrees concretes i la revisió científica de totes les actuacions. Segons refereix, la credibilitat es guanya reconeixent els límits científics i buscant els recursos per superar-los⁶⁵.

Entenem que el model actual de funcionament de l'Administració de justícia en alguns casos es troba obsolet. Caldria una major col·laboració entre els professionals, sobretot metges forenses i facultatius assistencials, ja que això suposaria un enriquiment científic per a ambdues parts i també repercutiria en una millora de la qualitat tant medicolegal com assistencial.

Aso Ascario també fa èmfasi en la importància de la divulgació de les dades obtingudes. Entén que existeix una falta d'informació entre els facultatius assistencials⁶⁵.

S'haurien d'establir una major nombre de vies de comunicació i diàleg. Per exemple, és fonamental informar els clínics de resultats de diagnòstics autòpsics en casos de morts sobtades del lactant, atès que a vegades cal realitzar estudis familiars o fer prevenció de patologies davant nous embarassos. El mateix passa en el cas de la mort sobtada de l'adult amb cardiopaties o altres malalties hereditàries. O bé, per exemple, informar de troballes com poden ser tumors o carcinomes no diagnosticats clínicament, fins i tot fractures que han passat desapercebudes en les proves complementàries.

La col·laboració i intervenció del metge forense a nivell assistencial és imprescindible. Una de les vies de diàleg que caldria fomentar i utilitzar d'una forma habitual seria la participació, com a mínim, d'un metge forense en les comissions hospitalàries de mortalitat dels hospitals de referència. Entenem que tots aquests factors contribuirien a una millora de la qualitat i a un enriquiment científic per a ambdues parts i, alhora, repercutiria també en el ciutadà atès que milloraria la seguretat sanitària del pacient i asseguraria una pericial medicolegal molt més objectiva. Tal i com apunta Aso Ascario, l'autòpsia també té una finalitat social. La bona gestió de l'anàlisi de situacions de responsabilitat professional sanitària és també una garantia de protecció de la societat davant professionals poc qualificats o davant un alt nivell de complicacions⁶⁵.

6.8. Seguiment de l'expedient judicial. La gestió de l'error. Una nova estratègia de futur

Segons els nostres resultats, dels 283 casos que integren la nostra mostra, en 207, és a dir, en el 73.14% dels casos, el metge forense conclou que no hi ha hagut responsabilitat professional, mentre que en el 13.78% dels casos refereix que sí hi ha hagut mala praxi. D'aquests casos, en el 85%, la mala praxi té un origen professional, això significa que ha estat una mala praxi originada pel

mateix facultatiu durant el procés assistencial. En el 10% dels casos, la mala praxi ha estat condicionada per un defecte d'organització i, en el 5%, ha estat causada per diversos factors.

Cal dir que, quan el pacient té seqüeles, la valoració pericial conclou en el 70% dels casos que la praxi ha estat correcta. Tanmateix, fins i tot quan s'ha produït la mort del pacient durant el procés assistencial, la valoració pericial també conclou en el 71.43% dels casos que no hi ha hagut responsabilitat professional.

Aquestes dades suposen un reflex de la situació actual en relació amb les denúncies per mala praxi. En aproximadament el 70% dels casos, encara que resten seqüeles o bé el pacient ha mort, la valoració tècnica indica que no hi ha hagut responsabilitat professional. Per tant, podem afirmar que iniciar una reclamació per la via penal davant un mal resultat, com poden ser les discapacitats residuals o bé la mort del pacient, no seria el camí més idoni.

Fins i tot en aquelles circumstàncies en què el pacient reclama per un defecte de control evolutiu, error diagnòstic, mala tècnica quirúrgica, complicació anestèsica, mal resultat, retard diagnòstic, retard assistencial i terapèutica inadequada com a més importants, la valoració tècnica majoritària continua essent de manca de responsabilitat professional.

Per altra banda, cal dir que en els casos en què el metge forense valora l'existència de responsabilitat professional, en la major part estableix l'origen en el mateix facultatiu, excepte en els casos en què existeix un retard de trasllat a centre assistencial; aleshores, s'observa la possible existència de defectes d'organització.

Realitzant un seguiment judicial dels expedients que integren la nostra mostra, podem observar que el 16.25% dels casos ha passat a ser un procediment abreujat, i en el 4.59% s'ha mantingut com a judici de faltes. Cal dir, però, que aquests resultats tenen una limitació, atès que en el 43.11% dels casos desconeixem quina ha estat l'evolució del procediment, bàsicament perquè no hi havia un registre informàtic de suficient qualitat que ens pogués indicar la situació de la tramitació de l'expedient.

En el 22.61% dels casos, segons les anotacions durant la tramitació de l'expedient judicial, s'observa que hi ha hagut judici. En el 48.44% s'ha produït en el jutjat penal i en el 14.06% ha estat un judici de faltes en el jutjat d'instrucció. En el 28.13% dels casos se'n desconeix la jurisdicció.

Cal esmentar que en el 19.09% dels casos de pacients amb seqüeles, el procediment ha passat a ser un procediment abreujat mentre que, en el 4.55% dels casos, el judici ha estat de faltes en el jutjat d'instrucció. Quan el pacient no té seqüeles, s'ha produït judici en el jutjat penal en el 25% dels casos.

Quan s'ha produït la mort del pacient, només en el 17.58% hi ha hagut judici en l'àmbit penal; la resta, s'ha arxivat per falta de delictes.

Si, per altra banda, realitzem una anàlisi de les sentències judicials que hem obtingut, les dades són rellevants.

Les sentències obtingudes confirmen que les especialitats quirúrgiques són més conflictives que les mèdiques i la més conflictiva és ginecologia i obstetrícia. Tenim més sentències que provenen de l'àmbit assistencial privat, respecte al públic. La postura del ministeri fiscal és d'acusació en el 58.62% dels casos.

Els fets provats que recullen els magistrats en les sentències són: defecte d'atenció i falta de diligència, error diagnòstic, intrusisme professional i falsedat documental.

Els magistrats fan valoracions de caire jurídic en la sentència però també avaluen la capacitat tècnica dels pèrits. És rellevant que en el 55.55% dels casos els magistrats valorin de forma molt positiva la pericial emesa pel metge forense, basant-se sobretot en els criteris d'objectivitat i imparcialitat de la funció pública. En aquells casos en què hi ha intervingut un pèrit privat amb títol d'especialista (32.14%), els magistrats valoren positivament que un metge de l'especialitat corresponent, tot i que sigui privat, aporti coneixement tècnic. Només en el 10.71% dels casos es recull a la sentència la parcialitat del pèrit privat.

Aquests resultats confirmarien el fet que, per realitzar una pericial en matèria de responsabilitat professional, l'idoni seria que fos emesa per dos metges forenses i amb suport d'un facultatiu clínicoassistencial, sobretot en aquelles especialitats més complexes⁶⁵.

La història clínica com a element de prova pericial també és valorada en les sentències i, de fet, els magistrats així ho reflecteixen.

Finalment, en el 72.41% dels casos, el resultat de la sentència és absolutòria i les costes del procediment són d'ofici, mentre que en el 27.59% dels casos és condemnatòria i les costes a càrrec de les parts. En cas de condemna, la responsabilitat civil derivada suposa un total de 366.501 € (aquesta dada s'obté sumant totes les sentències condemnatòries de què disposem).

És important la coincidència entre la valoració de la praxi assistencial que realitza el metge forense i el resultat de les sentències, ja que en aquells casos en què el metge forense arriba a la conclusió que no hi ha mala praxi, el 100% de les sentències són absolutòries.

En els casos en què el metge forense conclou que hi ha hagut mala praxi, el 40% de les sentències són condemnatòries i el 60% són absolutòries.

Altres dades rellevants són les que reflecteixen en les sentències els magistrats com a fets provats quan es produeix la mort del pacient. Cal destacar que, en aquests casos (80%), ho atribueixen a una falta de diligència, defecte d'atenció, lesions i mala tècnica i error diagnòstic i la sentència és absolutòria. Només en el 20% (equivaldria a dos casos) hi ha condemna i consisteix en una multa.

En la circumstància en què el pacient tingui seqüeles, en els fets provats es recull l'existència de lesions i mala tècnica. La resolució de les sentències en el 55.56% d'aquests casos correspon a una absolució mentre que en el 44.44%, a condemna. Les condemnes han consistit en multes, inhabilitació i privació de llibertat (dos casos).

És destacable el fet que, quan el motiu de reclamació per part del pacient és l'error diagnòstic, el retard diagnòstic, les complicacions evolutives i el retard

assistencial, la resolució de les sentències ha estat d'absolució en el 100% dels casos.

En relació a l'anàlisi del temps de resolució d'un procediment judicial d'aquestes característiques, observem que des de la data de producció dels fets que motiven la reclamació fins que s'emet la sentència judicial la mediana del temps correspon a de 4,38 anys. Els factors estadísticament significatius varen ser: si intervenen un metge forense o dos, l'existència de seqüeles o no en el pacient, o també el posicionament del ministeri fiscal, poden fer variar el temps que es triga. Cal dir que si hi intervenen dos metges forenses o bé el pacient té seqüeles, s'incrementa significativament el temps d'emissió de l'informe pericial.

En canvi, quan el ministeri fiscal es posiciona com a acusació en el procediment, el temps d'emissió de l'informe per part del metge forense és menor. Això podria explicar-se pel fet que el fiscal, quan es persona en un procediment penal, ha d'impulsar l'acció de la justícia i pot accelerar la tramitació del procediment.

Els resultats obtinguts a partir de les sentències judicials tenen una limitació i aquesta bàsicament seria la poca quantitat de sentències que s'han aconseguit, només 29 en total. Hi ha hagut dificultats per accedir al programa d'informàtica judicial, que és el que ens ha permès localitzar les sentències a partir dels jutjats penals. Per altra banda, s'ha perdut molta informació atès que sovint, durant la tramitació de l'expedient, no hi consten dades suficients, per la qual cosa no s'han pogut localitzar nombroses sentències.

En funció de les dades obtingudes de la nostra mostra podem afirmar que caldria establir una nova perspectiva en relació amb l'anàlisi de la responsabilitat mèdica, tant pel que fa a la gestió sanitària i hospitalària de les reclamacions, com a la gestió judicial i pericial.

Les estratègies actuals es troben enfocades a la millora de la seguretat del pacient a nivell assistencial i, per altra banda, donen suport a la gestió extrajudicial de les reclamacions.

Així doncs, hem d'admetre que l'error és inherent a l'activitat assistencial. Els successos adversos que poden produir un dany al pacient poden ser detectats i es poden prevenir. La correcta gestió de l'error permet millorar la seguretat del pacient i la qualitat assistencial així com reduir els costos socials i sanitaris que se'n deriven^{50,55,98}.

Els incidents o esdeveniments adversos que es produeixen durant els procediments assistencials poden ser múltiples: proves complementàries inadequades, retard o error en el diagnòstic, errors d'administració de medicaments, disfuncions en la coordinació dels diferents professionals o també defectes de comunicació, entre d'altres. Aquests esdeveniments tenen repercussions en els pacients. Els més greus arribaran a produir un dany quantificable, altres no produiran cap dany però el podrien haver produït i haver tingut conseqüències gravíssimes.

A partir de les nostres dades, i sobretot els resultats de les anàlisis pericials i jurídiques, podem concloure que la presència de tots aquests incidents no són necessàriament significatius d'existència de responsabilitat professional.

La capacitat del professional sanitari per ocasionar dany es troba reconeguda des d'Hipòcrates, motiu pel qual uns dels principis de la bioètica és no fer mal. Cal una bona educació des de la facultat als professionals de la salut sobre les causes dels errors mèdics i els mètodes per prevenir-los o bé reduir-ne l'impacte sobre els pacients⁹⁹.

La transparència ha de ser l'element conductor de les noves estratègies en matèria de seguretat del pacient: identificar els errors i aprendre'n. Podem dir que hi ha tres objectius fonamentals en les reclamacions per mala praxi: no realitzar pràctiques de risc no justificades, compensar les persones que realment han patit una negligència i que la justícia sigui «justa»²⁶.

Per aprendre dels errors cal, primer de tot, admetre'ls atès que és l'única manera d'evitar que es tornin a produir.

Als Estats Units s'ha implantat una nova estratègia de l'error mèdic, el programa proposat i impulsat per Barack Obama i Hillary Clinton: «National Medical Error Disclosure and Compensation». L'objectiu del programa és

potenciar la comunicació entre els metges i els pacients afectats per un esdeveniment advers. Segons els autors, la reclamació apareix quan es produeix un esdeveniment advers en un pacient i, a més, conflueix la manca d'empatia d'aquests pacients amb els professionals amb poca informació del succés que ha ocorregut. Aquests factors són els que condueixen a la litigació, segons refereixen els autors^{82,103}.

Tanmateix, també consideren que, davant d'un error, a part d'admetre'l i comunicar-lo al pacient, cal aclarir-lo tant amb el pacient com amb la família. Segons els autors, l'acceptació de l'error ha portat a un menor nombre de demandes per mala praxi i, per altra banda, ha suposat una reducció dels costos administratius, legals i sanitaris.

Aquest aspecte coincideix amb els nostres resultats: en el 72.41% dels casos les sentències són absolutòries i en aquests casos les costes són d'ofici. No hem pogut disposar d'una dada rellevant que és conèixer quin cost suposa per a l'Administració de justícia l'admissió d'una querella o denúncia, la seva tramitació en el jutjat d'instrucció i el posterior judici, però sí que hem pogut saber què inverteix el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya en la tramitació dels seus expedients. En el moment de realitzar aquest estudi, els costos corresponien a un total de 26.811.418 € en expedients tramitats durant els anys 2004 a 2009 que, en la majoria dels casos, encara no estaven tancats (corresponen a indemnitzacions i provisions de fons). Segons l'article publicat per Clinton *et al.* (2006), les costes anuals per litigació segons dades de l'Institute of Medicine dels Estats Units entre agost de 2001 a agost de 2005 eren de tres milions de dòlars. Després d'implementar el seu programa d'acceptació de l'error, es va observar una reducció dels costos a un milió de dòlars total per any¹⁰³.

Pensem que caldria començar a aplicar una nova manera de gestionar l'esdeveniment advers ocorregut durant la pràctica hospitalària, fins i tot també de l'error. La mala praxi no s'ha d'enfocar a trobar qui en té la culpa sinó quina concatenació d'errors s'han succeït per tal que s'hagi produït un esdeveniment advers.

Caldria introduir registres hospitalaris específics que fossin confidencials per tal que, davant d'aquestes circumstàncies adverses, els professionals ho poguessin comunicar directament a la gestió hospitalària i, a partir d'aquí, començar a planificar la gestió de l'error. Aquesta gestió passaria, tal i com plantegen Grau Cano *et al.*(2011) i Ruiz-López *et al.* (2005), per aplicar el sistema d'anàlisi causa-arrel, que hauria de dur a terme un grup de treball que tingués el suport de la direcció i que pogués disposar de temps i recursos. Hauria d'estar integrat per un coordinador clínic i altres professionals especialment formats. L'anàlisi causa-arrel és l'eina d'estudi retrospectiu més utilitzada per investigar els esdeveniments sentinella, fets inesperats que poden produir problemes en la seguretat del pacient i danys^{50,60}.

Permet identificar els factors que han incidit en l'efecte advers i permetria elaborar plans d'acció concrets per tal d'evitar que tornin a produir-se. L'anestesiologia i reanimació va ser una especialitat capdavantera a l'hora d'aplicar aquest sistema i va suposar una disminució important dels riscos alhora que va millorar la seguretat del pacient⁹³. El treball en equip i la responsabilitat individual són fonamentals en la cultura de la seguretat, segons Leape *et al.* (2005)⁹⁸.

Aquest sistema d'organització ha d'enfortir una nova cultura de seguretat clínica basada en un disseny eficient i pensada per evitar o minimitzar que les persones comentin errors. Tal i com afirmen Aranaz-Andrés *et al.* (2009), la cultura basada en el coneixement pot ser preferible a una cultura basada en la culpa⁴⁷. Per això les comissions clíniques i les de mortalitat poden ser eixos fonamentals per a la millora de la qualitat assistencial, tal i com afirma Ruíz López *et al.* (2005)⁶⁰.

La millor estratègia per garantir la seguretat assistencial és la prevenció, que implica necessàriament els aspectes següents:

- Formació. Ha de començar a les facultats de medicina, en primer lloc, i continuar en la residència. Tal i com descriuen Singh *et al.*(2007) i Meyer *et al.*(2001), la situació del metge resident és complexa. En els errors que comet hi contribueixen uns factors molt específics, tals com: manca de coneixements suficients, manca de supervisió, errors en la

comunicació i transferència de dades i excessiva càrrega de treball. Segons els autors, caldria una profunda revisió dels programes de formació dels metges residents, però també dels adjunts corresponents^{35,99}.

- Treball en equip. Un exemple seria el model hospitalista implantat a la Clínica Universitaria de Navarra. Un equip multidisciplinari que atengui les necessitats del pacient pluripatològic, sobretot. El seguiment continuat d'aquests malalts per un equip integrat per diferents facultatius de diferents especialitats adequadament coordinats permetria una millor atenció del pacient, seguiment més acurat i diagnòstic precoç de les complicacions evolutives.
- Protocols per millorar la seguretat dels pacients. Com hem mencionat prèviament, anestesiologia i reanimació va implantar un protocol específic en l'atenció al pacient quirúrgic que incloïa l'atenció preoperatòria, intraoperatòria i postoperatòria immediata. Els protocols d'higiene de mans o bé l'assessorament tècnic en la utilització dels antibiòtics podrien millorar, per exemple, la incidència de les infeccions nosocomials. L'adequat ús dels fàrmacs i les mesures de seguretat dels vials, la col·locació dels productes i la comprovació prèvia administració haurien de minvar els errors de medicació. Autors com Reason (2000) comparen els problemes de seguretat del pacient a un formatge suís: contínuament hi ha forats que s'obren, es tanquen o canvien de localització. Segons l'autor, perquè es produeixi un esdeveniment advers cal que hi hagi errors del sistema i condicions latents. Afirmar que «no podem canviar la condició humana, però sí podem canviar les condicions en les quals els humans treballen». Per això cal, conscienciació i recursos¹⁰⁴. Altres autors com Nolan (2000) refereixen que simplificar els sistemes, optimitzar la informació o bé automatitzar els procediments poden ajudar a la prevenció dels errors⁵³.

Per altra banda, un cop produït l'esdeveniment advers, cal plantejar com gestionar-lo des del punt de vista medicolegal i assistencial. Les opcions serien:

- Notificació de l'esdeveniment advers. Bañeres *et al.*(2005) donen suport al sistema de registre i notificació d'esdeveniments adversos i d'incidents assistencials. Segons els autors, cal que constin a la història clínica del pacient però és necessària la creació de sistemes de registres i notificació com a complement fonamental, ja que són claus per aprendre dels errors i evitar-ne la reincidència. Països com Austràlia, el Regne Unit o els Estats Units ja els estant aplicant i amb molt bons resultats⁶¹.
- Investigació. Davant de qualsevol esdeveniment advers que hagi posat en risc la seguretat del pacient, independentment que hagi produït un dany o no, cal realitzar una investigació per tal de localitzar aquells elements (punts sentinella) que hagin incidit en el procés assistencial. L'anàlisi "causa-arrel" és el mètode idoni per identificar tots els factors latents i condicions adverses que s'han produït i ocasionat la manca de seguretat en el pacient⁵⁴.
- Informació i diàleg amb el pacient i/o la família. Autors com Dove *et al.*(2010) Clinton *et al.*(2006) i coincideixen en la necessitat d'acceptació per part dels professionals d'aquests esdeveniments adversos o errors i en la necessitat de diàleg amb el pacient i/o les seves famílies^{82,103}. Segons Rodríguez Hornillo *et al.*(2011), a trenta estats dels Estats Units apliquen les anomenades lleis «I'm sorry». Són lleis que promouen la declaració dels errors mèdics sense que aquesta revelació indiqui l'existència de culpa. Han observat que així es disminueix el risc i, en conseqüència, la por d'una demanda tant per part de les institucions com dels professionals. Segons els autors, l'honestedat i la bona comunicació són els millors antídots per evitar una demanda. Per altra banda, demanar perdó millora la relació metge-pacient, augmenta la confiança en el professional sanitari, ajuda a la prevenció dels errors i disminueix el cost legal i les reclamacions²⁴.

6.8.1. Via judicial – via extrajudicial

L'enfocament judicial, sobretot en la via penal de la responsabilitat mèdica, ha de canviar; els resultats ho demostren: la penal no és la millor via per resoldre aquests conflictes.

En primer lloc, és lenta. Els nostres resultats així ho evidencien. La nostra mediana de temps de resolució d'un expedient des del seu inici fins a l'emissió de la sentència és de 4,38 anys. Hi caldria afegir, a més, el temps que duri el recurs interposat.

És un via freda i sense discreció ni reserva i poc elàstica segons Hernández Moreno *et al.* (2002)⁸¹. Segons M. Carles (2003), actualment les noves mesures que potencien els processos de negociació tenen molta més raó de ser²⁰.

Cal tenir en compte que la gestió judicial és moralment molt traumàtica tant per al metge com per al pacient i la seva família²². Això suposa, per altra banda, un augment de la medicina defensiva que provoca més costos sanitaris i socials.

Autors com Newman (1996) han valorat l'impacte emocional en els metges després d'haver comès un error, amb les conseqüències que se n'hagin pogut derivar i el dany generat⁷⁵. Altres autors com Sttudent *et al.*(2005) (*defensive medicine among high-risk...*) valoren aquest impacte en la incidència de la medicina defensiva: després d'una denúncia, els metges modifiquen la seva conducta assistencial sol·licitant més proves complementàries per tal d'evitar noves denúncies, fins i tot prescriuen més medicaments o realitzen més proves complementàries invasives, sobretot en especialitats com medicina d'urgències, ginecologia o traumatologia. Els elevats costos de la medicina defensiva és el factor més important que ha motivat la reforma del sistema de la responsabilitat mèdica als Estats Units. Els autors afirmen que cal més educació als metges i pacients i caldria desenvolupar unes guies d'actuació per tal de reduir l'impacte psicològic que suposa patir una demanda i, per tant, també la medicina defensiva³¹.

L'estudi realitzat per Wong *et al.*(2011) arriba a la mateixa conclusió, ja que observa una tendència a l'augment de proves complementàries per part dels metges quan hi ha hagut una reclamació prèvia⁷².

Segons Engel *et al.*(2010), la veritable mala praxi és poc freqüent i no pot desestimar-se el risc d'una resolució desfavorable per al metge davant una praxi correcta. Els autors afirmen que les estadístiques confirmen que una petita part de les males praxis reals entren en litigació, mentre que moltes altres passen desapercebudes. Donen suport a un canvi del sistema legal, atès que l'actual és molt estressant per als metges¹³.

Aquests aspectes també són recollits per Sttudet *et al.*(2004) en el seu article "*Medical Malpractice*" i afirmen que algunes reclamacions es troben injustificades i l'únic que fan és provocar angoixa a professionals competents; en canvi, altres que estarien justificades i haurien de ser justament indemnitzades no ho són: només un 2% de les lesions produïdes per una conducta negligent acaben en una reclamació, mentre que tan sols el 17% de les reclamacions presenten conductes negligents²³. Els autors proposen una reforma del sistema legal³¹.

La tesi defensada per Carles Martín Fumadó (2012) refereix l'efecte bumerang de la medicina defensiva: si les demandes i reclamacions dels pacients són la principal causa de l'actuació defensiva del metge, pot concloure's que, si aquestes demandes no es plantegessin, la medicina defensiva no existiria. Per altra banda, segons l'autor, s'ha aconsellat que el metge respongui demandant el pacient pels danys morals i econòmics per una reclamació infundada i, de fet, ja existeix alguna sentència que condemna a pagar les costes del procediment¹⁰⁵. No serien els nostres resultats atès que, en la nostra mostra, en totes les sentències que han estat absolutòries, les costes han sigut d'ofici i no ens consta l'existència d'una contrareclamació per part del metge.

Amb totes aquestes reflexions són molts els autors que comencen a plantejar la via extrajudicial i els tribunals d'arbitratge com la millor opció per resoldre aquests conflictes, amb un sistema d'indemnització més just^{26,86}.

D'acord amb els nostres resultats, caldria realitzar un nou plantejament del sistema de gestió de la responsabilitat professional en el nostre país que garantís una reparació justa del dany derivat d'un procés assistencial, fonamentada en criteris d'imparcialitat i objectivitat. La creació dels tribunals d'arbitratge seria una bona opció. Aquest model està proposat per altres autors com Dove *et al.* (2010) i Madea *et al.* (2009)^{82,94}. Caldria que diferents professionals de diferents especialitats, incloent-hi experts en medicina legal, pertanyents a la funció pública i sense vinculació amb cap entitat privada, realitzessin una valoració objectiva de les reclamacions produïdes en el sector sanitari, tant públic com privat. Aquesta valoració hauria de ser vinculant de tal manera que només arribés al procediment penal aquell cas que realment fos derivat d'una mala praxi. La resta podria ser indemnitzable de forma extrajudicial.

El fet que els membres del tribunal d'arbitratge pertanyessin a la funció pública donaria al reclamant la garantia d'imparcialitat, tal i com en aquests moments la dóna el metge forense, i això permetria assumir les decisions derivades d'aquest tribunal. Per poder portar a terme la creació d'aquests tribunals caldria una profunda reforma del sistema legislatiu espanyol actual.

6.8.2. La valoració pericial de la responsabilitat mèdica

El que és evident tenint en compte tota la problemàtica exposada en relació amb la responsabilitat mèdica és que cal unificar criteris de valoració pericial. Actualment, comença a haver-hi molta conscienciació assistencial del concepte de seguretat en el pacient.

Davide Ferrara *et al.*(2013) proposa una guia europea per desenvolupar i unificar els criteris en la valoració de la mala praxi^{106,107}.

Segons els autors, la medicina ha estat víctima del seu èxit, el qual ha repercutit en l'augment de les reclamacions dels pacients. Per altra banda, l'elevada especialització implica que la valoració de la mala praxi esdevingui un repte i per això calen experts en l'anàlisi i avaluació de cada cas en qüestió. El rol de la medicina legal cada cop és més específic i important per

arribar a un veredictes i per això també cal prevenir que les interpretacions no siguin errònies i així evitar uns veredictes equivocats.

El document que proposen els autors volen ser unes recomanacions per a la valoració de la mala praxi. És una iniciativa científica impulsada pel president de l'Acadèmia Europea de Medicina Legal. En la seva elaboració hi han participat juristes i experts en medicina legal.

Els aspectes més interessants d'aquestes guies serien els següents:

- Valoració de la responsabilitat mèdica per part d'experts en medicina legal i/o patologia forense amb titulació reconeguda segons el país.
- Disponibilitat de la història clínica completa del procés assistencial.
- Interconsulta amb un especialista. L'opinió dels autors és que la valoració de l'especialista en medicina legal ha de rebre el suport d'un especialista consultor.
- Anamnesi i exploració clínica del pacient. En cas que el pacient hagi mort, caldria realitzar l'estudi autòptic.
- Valoració pericial de la possible mala praxi. Un dels aspectes rellevants que proposen els autors és realitzar una reconstrucció de quina hauria estat la conducta assistencial real i, posteriorment, la ideal.
- Valoració pericial de l'error. En cas d'error caldria indicar si es tracta d'un error real per omissió o comissió, un pseudoerror o error aparent en el qual s'inclourien els esdeveniments adversos, o, finalment, un error conscient.
- Valoració del dany.

La cultura de la responsabilitat mèdica està canviant. El concepte de seguretat del pacient és l'eix central sobre el qual gira el procés assistencial arreu del món. Cal invertir recursos per a la prevenció dels esdeveniments

adversos en els pacients però, si aquests es produeixen, la gestió des de la transparència i l'acceptació són fonamentals.

Minimitzar la judicialització de la responsabilitat mèdica és un objectiu a tenir en compte. La reforma del sistema legislatiu, la formació d'especialistes en medicina legal i forense i la creació de tribunals d'arbitratge des de la funció pública, entenem que serien els elements fonamentals per abaratir els costos sanitaris (i evitar, així, la medicina defensiva), els judicials i assegurar una indemnització justa.

7. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

7. LIMITACIONS D'AQUEST ESTUDI

Aquest treball presenta les limitacions següents:

1. Pèrdua de la mostra. La nostra anàlisi s'ha realitzat a partir de les dades contingudes en els informes pericials emesos pels metges forenses de Barcelona ciutat durant els anys 2004 a 2009. La mostra final conté un total de 283 casos que no corresponen a la totalitat dels expedients tramitats atès que l'arxiu és incomplet.

2. Dificultat d'accés de les dades de l'Administració de justícia. La tramitació d'un expedient judicial és complex. Només s'han pogut aconseguir un total de 29 sentències judicials dels 283 casos de què constava la mostra. Un cop es va aconseguir accedir al programa informàtic, es va poder comprovar que en nombroses ocasions no hi havia anotacions, per tant, el seguiment judicial de l'expedient era impossible. Per altra banda, no es pot fer un seguiment a partir de la numeració inicial de la causa atès que, si progressa al jutjat penal, el procediment varia i canvia la numeració i, per tant, ja és impossible esbrinar quin jutjat penal continua la seva tramitació.

3. La duració de l'expedient judicial. Pràcticament cap de les sentències que vàrem aconseguir en el moment de l'estudi no eren fermes. El recurs d'aquestes sentències es tramita a l'audiència provincial. És impossible esbrinar quin ha estat el resultat final i definitiu perquè desconeixem a quina sala de l'audiència pertoca valorar el recurs i també la numeració, el que ens ha impedit saber la duració real de tramitació d'un expedient de responsabilitat mèdica.

8. CONCLUSIONS

8. CONCLUSIONS

1. Iniciar un procediment penal és la forma més freqüent de reclamació per presumpta mala praxi mèdica.
2. Reclamen més les dones que els homes i també són les que pateixen més seqüeles derivades dels processos assistencials. Respecte a la mort dels pacients, no hi ha diferències significatives entre sexes.
3. Hi ha més reclamacions que afecten a les especialitats quirúrgiques respecte a les mèdiques.
4. La cirurgia ortopèdica i traumatologia és l'especialitat que té més reclamacions.
5. El motiu principal de reclamació és el mal resultat terapèutic. Això significa que el pacient, com a conseqüència del procés assistencial, ha quedat amb discapacitats funcionals o bé s'ha produït la mort.
6. Hi ha més reclamacions en l'àmbit de la sanitat privada que en la pública.
7. La causa més freqüent de reclamació són les complicacions produïdes durant l'ingrés hospitalari.
8. La pràctica d'autòpsia en circumstàncies de reclamació per presumpta mala praxi aporta informació rellevant per a l'elaboració de l'informe mèdic pericial.
9. En l'àmbit penal les sentències són gairebé sempre absolutòries.
10. La funció pericial del metge forense és rellevant per als magistrats.

9. PROPOSTES DE FUTUR

9. PROPOSTES DE FUTUR

1. Una millor cultura assistencial i medicolegal contribuiria a millorar la seguretat del pacient. L'admissió de l'error per part del facultatiu genera major confiança al pacient i disminueix el risc d'una reclamació. Per tant, la formació dels professionals sanitaris en matèria de prevenció d'efectes adversos, i la seva admissió quan es produeixen, seria la millor forma de millorar la qualitat assistencial.

2. La gestió extrajudicial de la responsabilitat professional seria el més adient. És més ràpida, estalvia costos i genera menys ansietat al metge i al pacient i/o família.

3. Caldria la modificació del sistema legislatiu i la creació de tribunals d'arbitratge inclosos en l'àmbit de la funció pública que fossin vinculants com a primera opció abans d'iniciar un procediment judicial.

4. La valoració pericial de la responsabilitat professional caldria que fos més profunda i concreta i s'ajustés als criteris proposats per la Unió Europea.

10. BIBLIOGRAFIA

10. BIBLIOGRAFIA

1. García Blázquez M, Molinos Cobo JJ. Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica (Aspectos jurídicos y médico-forenses). Granada: Biblioteca Comares de Ciencia Jurídica; 1995.
2. Corbella J. Historia de la medicina legal. Dins: Gisbert Calabuig JA, editor. Medicina legal y toxicología. 5a edició. Madrid: Masson-Salvat; 1991. p. 9.
3. Casas JD, Rodríguez MS. Manual de medicina legal y forense. 1a edició. Madrid: Cólex; 2000. p. 47.
4. Vázquez JE. La "lex artis ad hoc" como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea). Cuad Med Forense. 2010; 16: 179-82.
5. Gracia D. Jurisprudencia y lex artis. Dins: Responsabilidad del personal sanitario. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994. p. 53-7.
6. Hernández Gil A. Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. Revista de Estudios Jurídicos. 2008; 8: 1-30. Disponible a: <revistas electrónicas.ujaen.es>
7. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. 2003; (280): 41442-58.
8. Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Ed. Masson; 2004.
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. 1986; (102): 15207-24.
10. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y autonomía del paciente y a la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2001; (29): 4121-5.
11. Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y autonomía del paciente y a la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2010; (156): 56462-7.
12. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2002; (274): 40123-32.
13. Engel E, Livingston EH. Solving the medical malpractice crisis: use a clear and convincing evidence standard. Arch Surg. 2010 Mar; 145(3): 296-300.

14. Brennan TA, Leape L, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13 (2): 145-52.
15. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, Pujol A, Medallo J. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clín Esp*. 2012; 212: 198-205.
16. Medallo Muñoz J, Pujol Robinat A, Arimany Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin*. 2006; 126: 152-6.
17. Fernández Hierro JM. Sistema de responsabilidad médica. Granada: Ed Comares; 2007. p. 1-9.
18. Pujol Robinat A, Puig Bausili L. El informe médico-forense en las denuncias por malpraxis médica. Dins: Libro de Ponencias de las III Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya; 1997. p. 177-8.
19. Moya Jiménez A. La responsabilidad de la Administración sanitaria y médica. *Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro*. 2010; 7: 6-34.
20. Carles M. Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gac Sanit*. 2003; 17 (6): 494-503.
21. Romero Palanco JL. La pericia médicolegal en los casos de responsabilidad médica. IV Jornadas andaluzas sobre valoración del daño corporal. *Cuad Med Forense*. 2002; 27: 11-28.
22. Gallo M, Fabre E, Palermo M, Mejides A, De León P, Carrera JM. Orientaciones para reducir las demandas judiciales en diagnóstico prenatal. *Prg Diag Prenat*. 2001; 13 (4): 270-8.
23. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical malpractice. *N Engl J Med*. 2004; 350: 283-92.
24. Rodríguez Hornillo M, De la Riva Moreno C, Serratosa Sánchez-Ibargüen A. Responsabilidad sanitaria: responsabilidad personal del médico vs. responsabilidad del sistema sanitario. *Cuad Med Forense*. 2011; 17: 59-66.
25. Perea Pérez B, Santiago Sáez A, Labajo González ME, Albarrán Juan ML, Sánchez Sánchez JA. Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales de pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación y odontoestomatología. *Trauma Fund MAPFRE*. 2009; 20: 264-8.

26. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, Puopolo AL, et al. Claims, errors and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med.* 2006; 354: 2024-33.
27. Arimany J. El Servei de Responsabilitat Professional confirma la tendència a la disminució de les reclamacions de responsabilitat professional mèdica. Dins: Informe anual 2011. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2011. p. 22-3.
28. Anupam BJ, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician speciality. *N Engl J Med.* 2011; 365: 629-36.
29. Álvarez González F, Hidalgo Salvador E, Sánchez del Castillo D, García Pérez H. Estudio retrospectivo de las denuncias por malpraxis médica en la provincia de Málaga. *Cuad Med Forense.* 2007;13 (47): 9-19.
30. Santiago Sáez A, Perea Pérez B, Labajo González E, Albarrán Juan ME, Barcía JA. Análisis de las sentencias judiciales contra neurocirujanos resueltas en segunda instancia en España entre 1995 y 2007. *Neurocirugía (Astur).* 2010 Feb; 21(1): 53-60.
31. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA.* 2005; 293: 2609-17.
32. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Acad Emerg Med.* 2010; 17: 553-60.
33. Yang CM, Tsai SH, Chiu WT. How risky is caring for emergency patients at risk of malpractice litigation: a population based epidemiological study of Taiwan's experiences. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9: 1-6.
34. Nunzio di Nunno MD, Alessandro Dell'Erba MD, Luigi Viola MD, Luigi Vimercati MD, Stephen Cina MD, Francesco Vimercati MD. A study of case histories by the Forensic Section of Bari. *Am J Forensic Med Pathol.* 2004 Jun; 25 (2): 141-4.
35. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees. *Arch Intern Med.* 2007; 167 (19): 2030-6.
36. CONFIDE [Programa informàtic]. Servei Català de la Salut. Responsabilitat Mèdica.
37. Pinto A, Brunese L. Spectrum of diagnostic errors in radiology. *World J Radiol.* 2010; 2: 377-83.
38. Elmore JG, Taplin SH, Cutter GR, D'Orsi CJ, Hnedrick RE, Fosse JS, et al. Does litigation influence medical practice? The influence of community

radiologist's medical malpractice perceptions and experience on screening mammography. *Radiology*. 2005; 236: 37-46.

39. Mahdavian Delavary B, Cremers JE, Ritt MJPF. Hand and wrist malpractice claims in the Netherlands: 1993-2008. *J Hand Surg Eur*. 2010; 35: 381-4.

40. Tudela P, Mòdol JM, Rego MJ, Bonet M, Vilaseca B, Tor J. Error diagnóstico en urgencias: relación con el motivo de consulta, mecanismos y trascendencia clínica. *Med Clin*. 2005; 125: 366-70.

41. Rodríguez Pérez AI, Do Muiño Joga M. Anàlisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. *Cad Aten Primaria*. 2010; 17: 92-6.

42. Towse A, Danzon P. Medical negligence and the NHS: an economic analysis. *Health Econ*. 1999; 8: 93-101.

43. Mira JJ, Guilabert M, Ortiz L, Navarro IM, Pérez-Jover MV, Aranaz JM. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad al acudir al hospital. *Gac Sanit*. 2010; 24(1): 33-9.

44. Martínez Mondéjar B, Fragoso de Castro P, Motilla Martínez E, Fernández Zuil MA, Fajardo Sánchez I, Riva Jiménez I, et al. Identificación y análisis de eventos adversos intrahospitalarios. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013; 24 (4): 258-62.

45. Estrada V. El grado de confianza de los españoles en su sistema sanitario es superior a la media europea. *Jano*. 2010 Jul-Ag. p. 31-4.

46. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21 (1): 18-26.

47. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009; 21: 408-14.

48. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *N Engl J Med*. 1996; 335: 1963-7.

49. Somville FJ, Van Sprundel M, Somville J. Analysis of surgical errors in malpractice claims in Belgium. *Acta Chir Belg*. 2010; 110: 11-8.

50. Grau Cano J, Prat Marín A, Bertrán Luengo MJ. Análisis de los incidentes de seguridad clínica. *Jano*. 2011; 1776: 73-9.

51. Larios D, Abellán-García F, De Montalvo F, Lomas V, Moreno J, Panes LA, Sanz J. Error sanitario y seguridad de pacientes. Bases jurídicas para un

registro de sucesos adversos en el Sistema Nacional de Salud. Granada: Comares Editorial; 2009.

52. Prat Marín A, Grau Cano J, Combalia Aleu A, Santiñà Vila M, Suso Vergara S, Trilla García A. Cultura de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología. Influencia de una intervención formativa. *Trauma Fund MAPFRE*. 2012; 24 (4): 263-69.

53. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ*. 2000; 32: 771-3.

54. Battles JB, Shea CE. A system of analyzing medical errors to improve GME curricula and programs. *Acad Med*. 2001; 76: 125-33.

55. Lyle Bootman J. To Err is human. *Arch Inter Med*. 2000; 160: 3189.

56. Bates W, Cohen M, Leape L, Overhage M, Shabot MM, Sheridan T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. *J Am Inform Assoc*. 2001; 8: 299-308.

57. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ*. 2000; 320: 777-81.

58. Leape L, Brennan A T, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324: 377-84.

59. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. 2000; 320: 791-4.

60. Ruiz-López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calid Asist*. 2005; 20 (2): 71-8.

61. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20 (4): 216-22.

62. Aguilera Tapia B, Lucena Romero J. Estudio médico-forense en muertes sospechosas de malpraxis. *Dins: Delgado Bueno S. Tratado de medicina legal y ciencias forenses. Patología y biología forense. 1a edició. Barcelona: Bosch; 2011. p. 743-62.*

63. Shojania KG, Burton EC, McDonald K, Goldman L. Changes in rates or autopsy-detected diagnostic errors over time. *JAMA*. 2003; 289: 2849-56.

64. Pakis I, Polat O, Yayci N, Karapirli M. Comparison of the clinical diagnosis and subsequent autopsy findings in medical malpractice. *Am J Forensic Med Pathol.* 2010; 31: 1-4.
65. Aso J. Líneas guía en autopsias por sospecha de mala praxis asistencial. *Cuad Med Forense.* 2011; 17: 161-74.
66. Martínez M, Queipo D, Martínez C. Aspectos de la nueva teoría de Estados Unidos y Reino Unido del reconocimiento de los errores médicos con efecto en la disminución de las demandas. *Revista de la Escuela de Medicina Legal.* 2009. p. 4-10.
67. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ.* 1995; 310: 27-9.
68. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, Newhouse JP, Wieler PC, Hiatt HH. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med.* 1991; 325: 245-51.
69. Piccirilo M, Graf GJ. Medical malpractice: a case study in medical and legal decision making. *Yale J Biol Med.* 1989; 62: 23-42.
70. Kessler DP. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *J Econ Perspect.* 2011; 2: 93-110.
71. Baicker K, Fisher ES, Chandra A. Malpractice liability costs and the practice of medicine in the Medicare program. *Health Aff (Millwood):* 2007; 26: 841-52.
72. Wong AC, Kowalenko T, Roahen-Harrison E, Smith B, Maio RF, Stanley RM. A Survey of Emergency Physicians' fear of malpractice and its association with the decision to order computed tomography scans for children with minor head trauma. *Pediatr Emerg Care.* 2011; 27: 182-5.
73. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National cost of the medical liability system. *Health Aff (Milwood).* 2010; 29: 1569-77.
74. De Lorenzo Montero R. Aspectos jurídicos de la práctica médica: "El consentimiento informado". *Tokoginecol Pract.* 1998; 57: 199-206.
75. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med.* 1996; 5: 71-5.
76. Michota FA, Donnelly MJ. Medicolegal issues in perioperative medicine: Lessons from real cases. *Cleve Clin J Med.* 2009 Nov; 76 Suppl 4: S119-25.
77. Patel PB, Gilchrist A, Cronan KM, Selbst SM. Adequacy of informed consent for lumbar puncture in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care.* 2010; 10: 739-41.

78. Brendan G, Magauran JR. Risk management for the emergency physician: competency and decision-making capacity, informed consent, and refusal of care against medical advice. *Emerg Med Clin N Am*. 2009; 27: 604-14.
79. Moore GP. Liability of emergency physicians for studies ordered in the emergency department: court cases and legal defenses. *J Emer Med*. 2011; 40: 225-8.
80. Capstick B. The future of clinical negligence litigation? *BMJ*. 2004; 328: 457-60.
81. Hernández Moreno J, Hernández Gil ML, Hernández Gil A. Responsabilidad por malpraxis médica: la vía extrajudicial. *Cuad Med Forense*. 2002; 28: 7-24.
82. Dove JT, Brush JE Jr, Chazal RA, Oetgen WJ. Medical professional liability and health care system reform. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Jun 22; 55: 2801-3.
83. Montero Juanes JM. La prueba pericial médica en los casos de responsabilidad profesional médica. Valoración de secuelas. Espacial análisis de la historia clínica. Legislación: problemas éticos y jurídicos en la elaboración y manejo de la historia clínica y de los documentos derivados de ella. Su aportación en los supuestos de responsabilidad profesional médica. Estudios jurídicos. Ministerio Fiscal; 2002. p. 569-94.
84. Martínez Hernández J. Historia clínica. *Cuad Bioet*. 2006; XVII: 57-67.
85. Criado del Río MT, Seoane Prado J. Aspectos medicolegales de la historia clínica. Madrid: Cóllex; 1999.
86. Hammami Z, Ben Issa M, Khemakhem Z, Ayadi A, Fourati H, Bardaa S, Maatoug S. L'expertise en responsabilité médicale: à propos de 100 cas. *J Med Leg Droit Med*. 2005; 48: 500-5.
87. Pujol Robinat A, Giménez Pérez D, Martín Fumadó C. Responsabilidad profesional médica. Dins: Medicina legal en asistencia primaria. Guía práctica. Coordinador: Castellà García J. Barcelona: Edika Med; 2012. p. 99-114.
88. Cohen TH, Hughes KA. Medical malpractice insurance claims in seven states, 2000-2004. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs; 2007; 1-12. Disponible a: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/mmicss04.htm>
89. Sanz Martín J, Sanz Hospital FJ. Mapa de riesgo de las actuaciones de cirugía ortopédica y traumatología sobre la cadera. Estudio médico-jurídico de 96 sentencias judiciales. *Trauma Fund MAPFRE*. 2012; 23: 228-34.
90. Madea B, Musshoff F, Preuss J. Medical negligence in drug associated deaths. *Forensic Sci Int*. 2009; 190: 67-73.

91. Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Lailla-Vicens JM, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). *J Forensic Leg Med.* 2013; 20: 442-6.
92. Robinson P, Xu X, Keeton K, Fenner D, Johnson TRB, Ransom S. The impact of medical legal risk on obstetrician-gynecologist supply. *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2005; 105: 1296-99.
93. Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ.* 2000; 320: 785-8.
94. Madea B, Preub J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. *Forensic Sci Int.* 2009; 190 (1-3): 58-66.
95. Diarivasco.com. La atención de los médicos hospitalistas supone un 20% de ahorro en costes de hospitalización. Disponible a: <http://salud.diarivasco.com/actualidad/octubre07/hospitalistas.html>
96. Bruguera M, Delgado S, Viger M, Benet J, Bruguera R, Arimany J. Análisis médico-legal de las reclamaciones judiciales en cirugía bariátrica. *Cir Esp.* 2012; 90: 254-9.
97. El Pais.com. La justicia da la razón a las víctimas del peor brote bacteriano en un hospital. Disponible a: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/11/actualidad/1357936460_406476.html
98. Leape L, Berwick D. Five years after To Err is Human. What have we learned? *JAMA.* 2005. 293 (19): 2384-90. Disponible a: <http://jama.jamnetwork.com/>
99. Meyer G, Lewin DI, Eisenberg J. To err is preventable: medical errors and academic medicine. *Am J Med.* 2001; 110: 597-603.
100. Broggi Trias MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. *Med Clin.* 1999; 112: 95-6.
101. D'Souza DH, Pant S, Menezes RG. Forensis medicine experts' opinion on medico-legal autopsies in hospital deaths: A questionnaire survey. *Med Sci Law.* 2013; 53: 203-7. Disponible a: <http://msl.sagepub.com/content/53/4/203>
102. Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ.* 2000; 320: 774-6.
103. Clinton H, Barack O. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med.* 2006; 354: 2205-2208.
104. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000; 320: 768-70.

105. Martín Fumadó, C. Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la psiquiatría y de la medicina legal [tesi doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2012.

106. Davide Ferrara S. Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. *Int J Legal Med.* 2013; 127: 545-57.

107. Davide Ferrara S. Medical malpractice and legal medicine. *Int J Med.* 2013; 127: 541-3.

ANNEXES

1. ÍNDEX DE TAULES

Taula 1 Successos sentinella. Disponible a: Grau Cano J, Prat Marín A, Bertrán Luengo MJ. Análisis de los incidentes de seguridad clínica. Jano. 2011; 1776: 73-79.

Taula 2. Nombre de pericials de l'arxiu del Servei de Clínica Medicoforense distribuïdes per anys.

Taula 3. Nombre de metges forenses que signen cada pericial.

Taula 4. Nombre de motius de reclamació

Taula 5. Mitjana d'edat en anys dels reclamants.

Taula 6. Relació del nombre de centres reclamats.

Taula 7. Valoració medicolegal de la història clínica en la pericial forense.

Taula 8. Nombre de pacients morts.

Taula 9. Correlació cliniconecròpsica

Taula 10. Tipus de documentació arxivada conjuntament amb la pericial mèdica.

Taula 11. Tipus de diligències al llarg dels anys estudiats.

Taula 12. Via d'inici de la reclamació més freqüent al llarg dels anys d'estudi.

Taula 13. Motius de reclamació més freqüents al llarg dels anys.

Taula 14. Altres especialitats reclamades. Evolució al llarg dels anys.

Taula 15. Motiu de reclamació més freqüent quan el pacient té seqüeles.

Taula 16. Anàlisi estadística.

Taula 17. Malalt amb seqüeles i motius de reclamació poc freqüents.

Taula 18. Anàlisi estadística.

Taula 19. Relació entre especialitats mèdiques i quirúrgiques i l'existència de seqüeles residuals

Taula 20. Especialitats mèdiques en les que més freqüentment han residuat seqüeles.

Taula 21. Relació entre especialitats menys reclamades i existència de seqüeles.

Taula 22. Relació entre existència de seqüeles i característiques del centre assistencial.

Taula 23. Relació entre l'existència de seqüeles i lloc on es troba el pacient quan és assistit.

Taula 24. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i correcta complementació del document de consentiment informat.

Taula 25. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i la valoració de la praxi per part del metge forense.

Taula 26. Relació entre pacient mort i nombre de metges forenses signants.

Taula 27. Relació entre pacient mort i emissió de pericial forense amb suport especialitzat

Taula 28. Relació entre la mort del pacient i el motiu de reclamació.

Taula 29. Anàlisi estadística.

Taula 30. Relació entre la mort del pacient i altres motius de reclamació.

Taula 31. Relació entre la mort del pacient i les especialitats segons siguin mèdiques o quirúrgiques.

Taula 32. Motiu de reclamació més freqüent en les diferents especialitats.

Taula 33. Motiu de reclamació més freqüent en les diferents especialitats.

Taula 34. Motiu de reclamació més freqüent en les diferents especialitats

Taula 35. Valoració de la praxi pel metge forense en funció del motiu de reclamació

Taula 36. Valoració de la praxi pel metge forense en funció del motiu de reclamació

Taula 37. Valoració de la praxi per part del metge forense, en funció del motiu de reclamació.

Taula 38. Relació entre especialitat i situació del malalt en el moment de produir-se l'incident assistencial que motiva la reclamació.

Taula 39. Resolució judicial en funció de si el malalt té o no seqüeles.

Taula 40. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i judici oral al jutjat penal.

Taula 41. Evolució del procediment judicial en funció de si el malalt ha mort.

Taula 42. Estadístics descriptius respecte al nombre d'acusats en 29 sentències de Jutjats Penals.

Taula 43. Valoració de la qualitat de la pericial privada per part del jutge.

Taula 44. Valoració que realitza el jutge de la història clínica.

Taula 45. Relació entre la valoració de la praxi per part del metge forense i el resultat de la sentència.

Taula 46. Relació entre malalt mort i els fets provats recollits en la sentència judicial.

Taula 47- Qualificació del Ministeri Fiscal en els casos en què s'ha produït la mort del pacient.

Taula 48. Relació de fets provats en el cas en què el malalt tingui seqüeles.

Taula 49. Resolució de la sentència en funció de l'existència de seqüeles en el pacient.

Taula 50. Anàlisi estadística.

Taula 51. Anàlisi estadística.

2. ÍNDEX FIGURES

Figura 1. Especialitats més reclamades segons: Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, Puopolo AL, et al. Claims, Errors and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. N.Engl J Med. 2006; 354:2024-33.

Figura 2. Dades facilitades pel Servei Català de la Salut. Programa informàtic CONFIDE

Figura 3. Dades obtingudes de l'article publicat per: Mahdavian Delavary B, Cremers JE, Ritt MJPF. Hand and wrist malpractice claims in The Netherlands: 1993-2008. The Journal of Hand Surgery. 2010; 35: 381-84.

Figura 4. Motius de reclamació als serveis d'urgències. Dades obtingudes de la publicació realitzada per: Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An Epidemiologic Study of Closed Emergency Department Malpractice Claims in a National Database of Physician Malpractice Insurers. Acad Emerg Med. 2010; 17: 553-60.

Figura 5 Efectes adversos segons els ciutadans. Article publicat per: Estrada V. El grado de confianza de los españoles en su sistema sanitario es superior a la media europea. Jano. 2010; julio-agosto: 31-34.

Figura 6: Diagrama d'Ishikawa: metodologia d'estudi de l'anàlisi causa-arrel o en espina de peix.

Figura 7. Sensacions del metge després d'una reclamació. Dades disponibles a: Newman MC. The Emotional Impact of Mistakes on Family Physicians. Arch Fam Med. 1996; 5: 71-75.

Figura 8. Distribució de la mostra segons la data dels fets. La major part dels casos s'han produït durant els anys 2004 a 2008.

Figura 9. Distribució de la documentació que s'adjunta amb la pericial forense.

Figura 10. Tipus de diligències judicials

Figura 11. Distribució dels tipus de jutjats que sol·liciten una pericial en matèria de responsabilitat professional.

Figura 12. Distribució de les vies d'inici d'una reclamació per presumpta mala praxi.

Figura 13. Pericial realitzada amb o sense suport especialitzat.

Figura 14. Relació dels motius de reclamació més freqüents.

Figura 15. Mitjana d'edat en anys dels reclamants.

Figura 16. Distribució per sexes dels reclamants. En la nostra sèrie, hi ha més dones que reclamen per presumpta mala praxi que no pas homes.

Figura 17. Distribució de l'edat i sexes dels reclamants per presumpta mala praxi.

Figura 18. Distribució de les reclamacions en funció de l'especialitat mèdica i/o quirúrgica.

Figura 19. Distribució de les reclamacions en funció de l'especialitat.

Figura 20. Especialitats amb menys de 10 casos de reclamació.

Figura 21. Tipus de centres mèdics més reclamats.

Figura 22. Situació del malalt en el moment de produir-se els fets que motiven la reclamació.

Figura 23. Nombre de professionals contra qui es dirigeix una reclamació.

Figura 24. Distribució de les reclamacions en funció del professional afectat.

Figura 25. Valoració medicolegal del document de consentiment informat.

Figura 26. Valoració de l'existència de seqüeles derivades del procés assistencial.

Figura 27. Distribució de les seqüeles derivades del procés assistencial.

Figura 28. Nombre casos en què s'ha practicat autòpsia.

Figura 29. Importància dels resultats de l'autòpsia en la valoració d'una possible mala praxi.

Figura 30. Valoració de la praxi per part del metge forense. Conclusió pericial.

Figura 31. Origen de la mala praxi segons la valoració del metge forense.

Figura 32. Tipus de documentació arxivada conjuntament amb la pericial mèdica.

Figura 33. Evolució del tipus de diligències al llarg dels anys estudiats.

Figura 34. Jutjats que han tramitat processos de mala praxi.

Figura 35. Via d'inici de reclamació més freqüent

Figura 36. Nombre de metges forenses que signes la pericial al llarg dels anys d'estudi.

Figura 37. Pericials realitzades amb o sense suport especialitzat.

Figura 38. Nombre de motius de reclamació al llarg dels anys.

Figura 39. Edat en anys dels pacients que reclamen per una possible mala praxi.

Figura 40. Freqüència d'homes i dones afectats per una presumpta mala praxi al llarg dels anys d'estudi.

Figura 41. Evolució del tipus d'especialitat més reclamada al llarg dels anys d'estudi.

Figura 42. Evolució per anys de les especialitats més reclamades.

Figura 43. Tipus de centres més reclamats al llarg dels anys.

Figura 44. Situació del malalt en el moment en què es produeixen els fets que motiven la reclamació.

Figura 45. Professional contra qui va dirigida la reclamació.

Figura 46. Valoració medicolegal de la història clínica realitzada pel metge forense.

Figura 47. Complementació del document de consentiment en els processos assistencials.

Figura 48. Freqüència de discapacitats residuals en els pacients que reclamen al llarg dels anys d'estudi.

Figura 49. Freqüència de pacients morts durant els processos assistencials per possible mala praxi.

Figura 50. Mitjana d'edat en anys dels pacients amb discapacitats residuals derivades del procés assistencial.

Figura 51. Diferències entre sexe i existència de discapacitats residuals.

Figura 52. Relació entre l'existència de seqüeles en el pacient i tipus de professional contra qui va dirigida la reclamació.

Figura 53. Relació entre la mort del pacient i via d'inici d'una reclamació per mala praxi.

Figura 54. Mitjana d'edat en anys dels pacients que han mort en relació als que no.

Figura 55. Relació entre la mort del pacient i el sexe.

Figura 56. Freqüència de pacients morts en funció de l'especialitat.

Figura 57. Relació entre la mort del pacient i tipus de centre reclamat.

Figura 58. Lloc on es troba el pacient quan es produeix la mort.

Figura 59. Valoració de la praxi assistencial del metge forense quan es produeix la mort del pacient.

Figura 60. Origen de la mala praxi quan es produeix la mort del pacient segons la pericial emesa pel metge forense.

Figura 61. Motiu de reclamació més freqüent en funció de si es tracta d'una especialitat mèdica o quirúrgica.

Figura 62. Motiu de reclamació més freqüent en funció de si es tracta d'una especialitat mèdica o quirúrgica.

Figura 63. Motiu de reclamació més freqüent en funció de si es tracta d'una especialitat mèdica o quirúrgica.

Figura 64. Relació entre el motiu de reclamació i tipus de centre reclamat.

Figura 65. Relació entre el motiu de reclamació i tipus de centre reclamat.

Figura 66. Relació entre el motiu de reclamació i tipus de centre reclamat.

Figura 67. Relació entre el motiu de reclamació i situació del malalt en el moment de produir-se l'incident terapèutic

Figura 68. Relació entre el motiu de reclamació i situació del malalt en el moment de produir-se l'incident assistencial.

Figura 69 Relació entre el motiu de reclamació i la complementació del document de consentiment informat.

Figura 70. Relació entre el motiu de reclamació i l'adequada complementació del document de consentiment informat.

Figura 71. Origen de la mala praxi segons la valoració del metge forense.

Figura 72. Origen de la mala praxi en funció del motiu de reclamació, segons la valoració del metge forense.

Figura 73. Origen de la mala praxi en funció del motiu de reclamació, segons la valoració del metge forense.

Figura 74. Relació entre especialitat i tipus de centre reclamat.

Figura 75. Relació entre especialitat i tipus de centre reclamat.

Figura 76. Relació entre especialitat i tipus de centre reclamat.

Figura 77. Evolució del procediment judicial en funció de les dades contingudes en TEMIS2

Figura 78. Relació de casos en què s'ha realitzat judici.

Figura 79. Relació del resultat de les sentències.

Figura 80. Sentències i tipus d'especialitat.

Figura 81. Especialitats més freqüents en l'anàlisi de les sentències judicials.

Figura 82. Tipus de centre reclamat segons l'anàlisi de les sentències judicials.

Figura 83. Posicionament del Ministeri Fiscal.

Figura 84. Fets provats recollits en les sentències judicials.

Figura 85. Valoració de la qualitat pericial del metge forense per part del jutge.

Figura 86. Valoració de la qualitat pericial de l'especialista no forense per part del jutge.

Figura 87. Resultat de les sentències.

Figura 88. Tipus de condemna.

Figura 89. Pagament de costes.

Figura 90. Relació entre la valoració de la praxi per part del metge forense i el resultat de la sentència.

Figura 91. Resultat de la sentència segons si el pacient ha mort.

Figura 92. Resolució de la sentència en funció del motiu de reclamació

Figura 93. Resolució de la sentència en funció del motiu de reclamació.

Figura 94. Temps mig en dies transcorregut des de la data dels fets fins a l'emissió de l'informe pericial pel metge forense.

Figura 95. Temps mig en dies transcorregut des de la data dels fets fins a l'emissió de la sentència judicial.

Figura 96. Mediana de temps en dies des de la data dels fets fins a l'emissió de la pericial mèdica en funció de si actua un metge forense o dos.

Figura 97. Mediana de temps en dies d'emissió de la pericial del metge forense en funció de l'existència de seqüeles en el malalt.

Figura 98. Mediana de temps en dies d'emissió de l'informe pel metge forense en funció de la posició del Ministeri Fiscal en el procediment.

Figura 99. Mediana de temps en dies transcorregut entre l'emissió de l'informe i la data de la sentència.

3. AUTORITZACIONS

- Autorització de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, Comissió d'Investigació i Docència.

- Autorització del Consejo General del Poder Judicial. Sección de Informática Judicial.

- Acord de confidencialitat signat amb CONFIDE: CORREDURIA DE SEGUROS, pel qual s'accedeix a la base de dades dels sinistres de CatSalut, ICS, XHUP del concurs públic.

4. ARTICLES GENERATS PER AQUESTA TESI

Giménez Pérez D, Galtés Vicente I, Iglesias Lepine ML. Riesgo y conflictividad médicolegal en los servicios de urgencias hospitalarios: valoración médicoforense. *Emergencias*. 2012; 24: 389-96.

Iglesias Lepine ML, Giménez Pérez D, Ferrer da Pena MD. Medicina de urgencias y emergencias: ¿una actividad de riesgo?. *Emergencias*. 2014; 26: 161-62.