

LA MALA PRAXI I LA NEGLIGÈNCIA MÈDICA

Una vegada determinada l'existència d'una mala praxi o actuació negligent, per part d'un metge, que existeix un perjudici i que existeix un nexe de causalitat entre tots dos fets, entenc que hi han diversos punts que cal comentar, per la seva importància.

Teoria del dany desproporcionat

Si fem un petit record històric, la primera vegada que es va basar una sentència, en aquesta teoria, va ser a la Cour de Cassation francesa, en sentència del 26 de juny de 1996. En relació a una radiodermatitis produïda per un mal tancament de la finestra d'un aparell de raigs X. Y acollida per primera vegada per La Sala Primera del Tribunal Suprem a partir d'una sentència del 2 de desembre de 1996. En relació a una pacient que va quedar amb tetraparesia després de patir una hemorràgia post-part.

Per tant el primer que hem de conèixer és què entenem per risc típic. Com coneixem aquest risc. Perquè és evident que per parlar de desproporció em de delimitar el que es considera normal o típic. Aquesta informació ha d'estar recollida en el consentiment informat. Ja que en ell s'han de fer constar tant els riscos típics com els individualitzats, en el cas de un pacient concret. Pacient que té una edat, antecedents,... concrets i que pot fer variar el risc d'una actuació mèdica.

A més, cal diferenciar, de forma clara el que és un dany desproporcionat d'un resultat no desitjat o no satisfactori. Un cas clar de de resultat no desitjat podria ser aquell en el que el pacient ha de ser intervingut d'un tumor de colon. Totes les proves indiquen que es podrà fer una sutura termini-terminal, es a dir que el colon mantindrà la seva continuïtat. Però, durant la intervenció, el cirurgià es veu obligat a fer una ostomia (abocar el colon a una sortida a la pared abdominal), per la qual cosa el pacient deurà portar una bossa. No és el resultat desitjat, però el cirurgià pot explicar la causa.

Un resultat no satisfactori seria una intervenció de menisc, per ruptura del mateix, que després de la intervenció persisteix la mateixa simptomatologia. L'artroscòpia es pot haver fet correctament, però el resultat no satisfà al pacient.

Un fet important, tal i com es recull en la sentència escollida, de 2007, estableix que "el dany desproporcionat o inexplicable". Aquest concepte és molt important des de la perspectiva mèdica pericial. Perquè moltes vegades no podem explicar el que ha passat, ja que no hi érem. No podem saber què va passar al quiròfan, o a la consulta, o a l'habitació del hospital. Però sí saben que el resultat no guarda relació amb lo esperat. Un exemple podria ser l'aparició d'un dolor neuropàtic, després d'una extracció sanguínia per fer una analítica. Tenim el acte, extracció, però no sabem com es va fer. Tenim el resultat, dolor neuropàtic. Y tenim un nexe temporal inequívoc. Sense ser-hi al lloc, saben que alguna cosa no es va fer correctament, encara que no podem dir què.

En la mateixa sentència, es diu que l'existència del dany prova, per si mateixa, que hi ha hagut una omissió de mitjans per evitar-ho. Aquest cas es podria ser el d'un traumatòleg que intervé a una pacient per presentar una síndrome incompleta de cua de cavall (dolor perineal i incontinència urinària), secundària a una hernia discal. Després de l'operació, al passar l'efecte de l'anestèsia, la pacient presenta un dolor ciàtic que no tenia abans d'intervenir-se. Havia millorat la síndrome de cua de cavall, però existia un nou quadre clínic. Re-intervinguda, es troba un fragment del disc que havia emigrat i comprimia una

arrel nerviosa. Per tant no s'havia tingut prou cura en revisar el camp operatori ni en controlar els fragments de disc que es van produir durant la discectomia.

Teoria de la pèrdua d'oportunitats

Aquesta teoria es basa en que el metge no causa el perjudici, sinó que disminueix les possibilitats de tractament o supervivència. En general es parla de pèrdua d'oportunitat en relació a diagnòstics retardats, no per la dificultat del procés sinó per omissió de la lex artis. Freqüentment el que tenim es una manca de sol·licitud de proves diagnòstiques o una valoració (o no valoració) de les proves complementàries fetes. Encara que també existeix una pèrdua d'oportunitats en relació a l'omissió d'informació sobre tractaments. Si existeixen diverses opcions terapèutiques, el pacient té el dret de conèixer-les per a decidir quina és la que acceptarà.

Això implica que hem de tenir una convicció de estat clínic inicial del pacient. Ja que hem de determinar un perjudici dins d'una malaltia. Si d'un retràs en fer un diagnòstic es tracta, el que hem de poder establir és com estava el pacient, en quina fase de la malaltia es trobava. Perquè com es obvi, si el pacient té una situació clínica o evolutiva igual en el moment en que es deuria haver fet el diagnòstic i el moment en que es fa, no existeix cap pèrdua d'oportunitat.

Però la situació final també és molt important. Hem de poder establir que d'haver-se fet el diagnòstic abans la situació clínica hauria estat una altra. Doncs si el resultat final hagués estat el mateix tampoc es pot parlar de pèrdua d'oportunitats.

En general, tal i com s'ha exposat, el dany es produeix per una defectuosa tècnica del metge o per una omissió del consentiment informat. Però la malaltia existeix, i el metge no és el causant. Per això la reparació del dany deu ser proporcional. No es pot fer una quantificació en base a la situació clínica del pacient, sinó que s'ha de establir quina es la proporció de perjudici que ha causat la deficient actuació mèdica (tècnica o informativa).

Per a clarificar aquest últim punt, valgui el dir que, al meu judici, si una persona pateix retard en el diagnòstic d'una malaltia, modificant la seva esperança de vida de un 75% a un 25%. La valoració no es pot fer sobre la menor esperança, sinó sobre la diferència entre ambdues (el 50%).

Medecina defensiva

Es podria definir com la pràctica mèdica que consisteix en sol·licitar, als pacients, anàlisis, proves diagnòstiques o consultes innecessàries, per a cobrir-se de possibles reclamacions legals.

Això pot arribar, fins hi tot, a actuacions terapèutiques innecessàries. Un bon exemple, d'aquest supòsit, el tenim en la realització de moltes cesàries que es fan per evitar un hipotètic risc durant el part. Risc que no té un fonament clínic ni en proves alterades.

Aquesta forma de pràctica mèdica té dues implicacions. La primera, i molt evident, és l'increment de la despesa sanitària. Ja sia pública o privada (visites privades, entitats asseguradores,...). Però es que també existeix un possible increment dels riscos per al pacient.

El qual aniria en contra del principi de que el que s'ha d'evitar és perjudicar al pacient. Doncs moltes actuacions comporten un risc innecessari, però real.

Responsabilitat pericial

També els pèrits metges tenim una responsabilitat. I no solament els pèrits de part, també els judicials i els forenses. Ja que tots estem sotmesos a les mateixes normes, legals i ètiques.

Responsabilitat que pot ser: penal, civil i deontològica.

Responsabilitat penal

En primer lloc tenim la falsedat, ja sia com a fals testimoni o dictamen fals. El pèrit, segons diverses sentències, no comet falsedat mentre es mantingui dins de l'espai que es podria denominar "científicament possible". Això, en una ciència que no és exacta, com és la medicina, permet establir criteris diferents entre pèrits sense poder dir que existeix falsedat.

Però, de tant en tant, sobre tot en judicis orals o durant la ratificació del informe, que alguns pèrits o, directament, mantenen una postura saben que és falsa o ultrapassen el límit del científicament possible. Solen ser afirmacions categòriques, que fan quan la seva declaració és la última.

Valguin aquests casos reals, que mai han estat denunciats, però que són un bon exemple del que passa de forma, afortunadament, infreqüent. El pèrit que, adonant-se durant la seva declaració i ratificació pericial, s'en adona de que va cometre un error i no vol rectificar el seu anterior criteri.

O aquell que per reforçar el seu criteri afirma, aprofitant-se de la seva credibilitat guanyada en altres casos, o per la seva situació dins de l'estructura de la Justícia, fan afirmacions com que una hernia discal cervical traumàtica solament es pot produir si hi ha fractura vertebral. O que una única determinació analítica alterada de glucosa en sang, feta anys enrere, és l'explicació d'una radiculopatia cervical, doncs es tracta d'una mononeuropatia diabètica.

La falsedat documental es una possibilitat, però que, personalment, no he vist. Sí en metges assistencials que fan informes o certificats, que posteriorment arriben als jutjats. On s'informa de fets que no han tingut lloc, es modifiquen dades de la història clínica,... O documents manipulats, modificats, pels pacients o pròxims.

El suborn, "cohecho" en castellà, es una possibilitat real. Sempre hi ha qui està disposat a modificar el seu criteri per un benefici. El pèrit no està exempt d'aquest perill. Rara vegada, al menys pel que he viscut, s'ofereix diners directament al pèrit. Però hi han actituds veritablement inductores. Ofertes de col·laboració amb una societat, despatx,..., sempre de la part que no t'ha contractat) quan acabi el procés en el que estàs peritant. Insinuacions de que si la indemnització supera un mínim et tindran en compte (especialment si la designació ha estat judicial).

La incompareixença, sense justificació, es pot sancionar. I així ja ho indica la pròpia citació que rep el pèrit. És el faltar a una obligació, una obligació vers qui l'ha anomenat (si és de part) i vers la Justícia. La seva incompareixença pot crear una indefensió i, per tant, una injustícia.

I, per últim, la vulneració del secret professional. Aquesta sembla poc freqüent. El metge no dona informació sobre els pacients, al menys de forma habitual. Però el pèrit deu informar a qui li demana. Per això el pacient deu saber exactament quina és la funció que està realitzant el pèrit.

Això es molt clar, quan el pèrit rep l'encàrrec d'una companyia d'assegurances de visitar un lesionat. El metge va a fer la visita amb l'encàrrec de fer un informe per la companyia. Per això el lesionat ha de conèixer exactament quin és el motiu de la visita, quina és la funció del metge i a qui informarà. Es cert que cada vegada es fa signar un consentiment informat, però no és menys cert que alguns ho fan signar al final de la visita, quan ja tenen coneixement de tot, o expliquen que és un justificant de visita per la companyia.

Responsabilitat civil

Sens dubte les actuacions que poden ser causa de responsabilitat penal, també poden causar un perjudici a alguna de les parts, i, per tant, generar una indemnització cap a la part que es sent perjudicada.

Però les mes freqüents actuacions, contraries a la lex artis pericial són:

- Realització d'un pericial deficient
- Ometre la realització del informe pericial
- Entregar fora de termini el informe pericial

Qualsevol d'aquestes possibilitats pot generar un perjudici objectiu a qui ha encarregat el informe o a qui és objecte del mateix. Un informe que no reculli una seqüela comprovada, i que per tant no es valora. Un informe que no s'ha fet o no ha estat aportat en el moment adequat, crea indefensió a qui l'esperava i treu una eina de treball al advocat. De vegades l'única, amb que defensar els interessos del seu client.

Responsabilitat col·legial

L'actuació del metge es deu regir pel Codi Deontològic i l'actuació pericial no és una excepció.

Hem de recordar que el Codi fa incompatible la medicina assistencial i la pericial. De tal manera que qui fa assistència no pot peritar. Això es una qüestió molt debatuda, perquè freqüentment es crida al metge de capçalera o al especialista i se'ls demana la seva opinió com a pèrits. O l'inspector de Companyia, o Mútua, que demana rehabilitació (acte assistencial) i després fa un informe pericial.

Especial cura s'ha de tenir quan es parla d'un altre metge, doncs ha d'existir un respecte, encara que s'estigui posant en dubte la seva actuació professional.

Valoració del Perjudici

No existeix un barem especial per la mala praxi mèdica. Hi ha multitud de barems, a saber:

- Assegurança obligatòria de viatgers
 - És un barem molt curt i que no s'ha actualitzat des de 1989.
- Seguretat Social
 - Incapacitats permanents: només estableix els diferents graus d'incapacitat
 - Parcial
 - Total

- Absoluta
 - Lesions permanents no invalidants
- Reial Decret 1971/1999
 - Determina el grau de discapacitat
- Assegurances privades
 - Barem que es contracta amb una Companyia
- Llei de Dependència
 - Estableix el grau de dependència que té una persona.
- Llei 34/2003
 - El seus barems han estat pensats per accidents de trànsit
 - Els valors s'actualitzen anualment
 - No es vinculant per allò que no sia un accident de trànsit
 - Es el més emprat

Mètode alternatiu:

El que proposo es el AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad). Es un mètode molt emprat en estudis sanitaris, especialment per valorar tractaments. Hi ha multitud de treballs publicats sobre el AVAC, fins hi tot tesis doctorals. Però el problema sempre està en la valoració econòmica.

Es tracta de establir la qualitat de vida abans del que hem de valorar i la qualitat de vida després del fet. En el cas que estem valorant, la negligència mèdica.

Això es pot fer, de form fàcil amb el HUI-3 (Health Utilities Index – 3). Aquest sistema d'indexació ens permet establir numèricament cada un dels set paràmetres que mesura:

- Visió
- Audició
- Parla
- Deambulació
- Destresa
- Estat emocional
- Cognició
- Dolor

Cada un d'aquests paràmetres té un valor entre 1 i 5 ó 6 punts, depèn del paràmetre. S'aplica la fórmula del propi índex i s'obté un valor entre 0 i 1. Cero es equivalent a la mort i 1 implica una vida situació perfecta de salut.

Si després relacionem l'edat i l'esperança de vida del subjecte. El percentatge d'anys de vida teòricament perduts. De la mateixa manera podem valorar un període determinat, expressat en anys, de una qualitat de vida pitjor que la inicial i la final.

Amb això obtenim el AVAC, que es multiplica pel seu valor anual (establert a partir del barem de la Llei 34/2003, del any que correspongui).